MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SIDA PARA SISTEMAS PENITENCIAROS

JACOBO SCHIFTER, PHD

COSTA RICA

SESION 1

Las reglas del juego

Introducción

Los funcionarios de los centros penitenciario estamos acostumbrados a trabajar en equipo. Laborar en una cárcel hace que exista una necesidad enorme de unir a especialistas de distintas disciplinas y especialidades con el fin de alcanzar los objetivos del sistema de privación de libertad. Este trabajo es diario y la consulta entre nosotros, permanente. Sin embargo, cuando trabajamos en grupo lo hacemos desde la perspectiva de que cada especialista es dueño y señor de su campo. Su contribución al grupo será siempre desde su disciplina. De ahí que las autoridades de salud se consideren las únicas capaces de resolver los problemas de las enfermedades de los internos.

En nuestro país, cadaa disciplina ha sido muy recelosa en no permitir la participación de personas ajenas al gremio, y más aún cuando se trata de la medicina. En vista de que hasta la fecha las enfermedades de transmisión sexual en la cárcel eran curadas fácilmeente por el dispensario de salud, no se perfilaba ninguna necesidad de cuestionar esta política.

En el caso de una epidemia como el Sida, una enfermedad sin cura, que involucra una serie de factores culturales, eductativos, psicológicos y humanos, el monopolio de su manejo no debe recaer en manos de una sola persona, disciplina o grupo selecto de profesionales. Es una premisa de nuestro enfoque en el Modelo Holístico de que la epidemia es un problema de todos y que nos involucra, por igual a los técnicos, médicos, enfermeros, reclusos, policías y tratamientos nos involucra a todos los que laboramos en la cárcel y todos debemos participar en la campaña.

Esto hace que los talleres que vamos a realizar sean de tipo participativo, egalitarios, y horizontales. Nadie es un experto y nadier "instruye" a nadie. Todos, por el contrario, participamos en su desarrollo y todos aprendemos y decidimos qué hacer con la información y con la prevención. Si un policía no cree en el sexo más seguro y en una redada, requisa los preservativos de los reclusos, nada lograremos con que los médicos distribuyan condones. Si un trabajador social opta por castigar a una pareja por encontrarlos teniendo relaciones sexuales, de nada servirá hablar de monogamia o fidelidad entre los internos.

Es nuestro interés, entonces, que todos los funcionarios se comprometan en la campaña de prevención del Sida. Pero para hacerlo, deben también revisar su propia información, conducta y problemas y dudas respecto al sexo más seguro y la prevención general. Es imposible pedir a los reclusos algo que nosotros mismos no podemos integrar a nuestras vidas y en el caso del Sida, ésto significa analizar grandes sectores de nuestras creencias, de nuestra capacidad para

cambiar lo que no sirve. Esto es un proceso difícil y comprenderlo y vivirlo es indispensable para poder "vendérselo" a los demás.

Los ejercicios en esta sesión

El cuestionario es una pieza vital de los talleres para medir su efectividad. Debe ser llenado con toda tranquilidad y con la confianza del anonimato.

El grupo debe también establecer sus propias reglas del juego como, por ejemplo, la confidencialidad y al responsabilidad compartida. El juego del rompecabezas sirve para demostrar la necesidad del trabajo en grupo y cómo éste es a veces que el trabajo individual.

Ejercicios

Tema 1: Evaluación pretest

Objetivo: Evaluar los conocimientos de los técnicos con respecto al Sida y otros temas relacionados.

Ejercicio 1: Cuestionario

Duración: 45 minutos

Materiales: cuestionarios y lapiceros

Procedimiento: Pida a los participantes que llenen en silencio e individualmente el pretest.

Explique las instrucciones que se encuentran en la primera página del cuestionarios.

Nota para el facilitador:

Esté cerca del grupo para evacuar cualquier duda. Recuerde que deben llenar todas las preguntas y no dejar ninguna sin contestar.

Tema 2: Presentación y encuadre

Objetivo: Ayudar a conocer a los facilitadores y a los participantes.

Ejercicio 2: Presentación

Duración: 20 minutos

Materiales: ninguno

Procedimiento:

a- Los facilitadores se presentarán al grupo y comentarán sus intereses para trabajar en este taller.

b- Se divide al grupo en parejas y se les pide que hablen, durante 5 minutos, acerca de las expectativas y dudas o reservas que tienen de los talleres.

c- Se escriben éstas en una hoja y, sin ponerles nombre, se revuelven. Se vuelve a plenario y cada uno le pide que lea una hoja.

d- Luego, los facilitadores conducen una discusión acerca del contenido de estas hojas y de todas las dudas de los participantes.

Nota para el facilitador

Algunos de los participantes pueden estar asistiendo porque se lo han demandado como obligación del trabajo. Es importante que usted los motive a participar por su propia voluntad y que les despeje los temores.

Tema 3: Información del Proyecto

Objetivo: Presentación de todos los aspectos relacionados con el proyecto.

Ejercicio 2: Información

Duración: 20 minutos

Materiales: papelógrafo con los nombres de los talleres, con el título de Modelo Holístico (Ver Apédice 1), papelógrafos con el objetivo general, marcadores.

Procedimiento:

a. El facilitador discute sobre los siguientes aspectos:

- Título del proyecto

- Objetivo general y específico

- ¿Qué es el Modelo Holístico

- ¿Qué es la metología participativa?

- La diferencia entre metodología participativa y la tradicional

- El modelo holístico y el modelo de Alto al Sida.

b. Los facilitadores expondrán luego, en que papelógrafo, los nombres de los talleres para que sean más fáciles de apreciar. Se debe hacer una breve exposición de lo que es una sesión, de cuántos talleres está formado, de la duración de cada sesión, módulo en general y de los objetivos generales:

Objetivo general

1. Promover cambios en las actitudes del Personal del Sistema penitenciario hacia el sida y el sexo más seguro.

Objetivo específicos

a. Aumentar el grado de conocimiento acerca de las formas de prevención y transmisión del VIH y de los cuidados con los pacientes de Sida o portadores del virus.

b. Ayudar a tomar medidas necesarias para protegerse de una infección.

c. Incentivar la salud preventiva.

d. Promover una mayor comprensión y tolerancia y respeto hacia las distintas prácticas sexuales

Tema 3: Lineamientos generales de las sesiones

Objetivo: Definir el papel del facilitador, el de los participantes, así como sus expectativas.

Ejercicio: Las reglas del juego

Duración: 10 minutos

Materiales: papelógrafo y marcadores

Procedimientos:

a. Anunciar el tema a discutir, decir en qué consiste y proponer la definición de las reglas en forma grupal.

b. El facilitador sugiere una regla de cómo el grupo debe trabajar, sus deberes y compromisos, y pide a los participantes que vayan anotando otras sugerencias.

c. Se sugiere otras reglas, tanto para el facilitador como por los participantes, las que deberán ser discutidas y, de haber acuerdo, aprobadas.

Para el facilitador:

En este punto del módulo se habrán de establecer las "reglas del juego" tanto para los participantes como para los facilitadores, además se buscará definir en forma conjunta cuál sería el clima o ambiente grupal más adecuado para que que todas las personas involucradas se sientan cómodas, de esto dependerá en gran medida el éxito del taller.

En lo que respecta al papel del facilitador, éste cuenta además de la capacitación, con la lectura de apoyo correspondiente, que deberá haber estudiado con detenimiento.

Por otro lado, en lo concerniente al clima grupal, el facilitador debe propiciar que el grupo vaya discutiendo y definiendo sus propias reglas del juego.

En seguida se presentan algunas reglas que pueden servir de guía al facilitador:

Confidencialidad: *lo que compartimos en este grupo quedará en este grupo.*

Franqueza: *es importante ser franco y honesto.*

Enfoque de juicio: *está bien no estar de acuerdo con el punto de vista de otra persona, pero no está bien juzgarla o "señalarla".*

Declaración yo: *es preferible compartir nuestros sentimientos o valores utilizando declaraciones como "Yo pienso, Yo me siento".*

Derecho de pensar: *este taller está diseñado para fomentar la participación, pero habrá ocasiones en que estará bien decir*

"paso", o decir "prefiero no hacer esta actividad" o "me reservo el derecho de opinar".

Aceptación: *es normal sentirse incómodo, algunos de los temas que tienen que ser respetado.*

El papelógrafo, una vez pasado en limpio, debe permanecer en el local durante todas las sesiones o traerse para cada una de ellas, con el fin de que siempre esté presente.

Tema 4: El trabajo en grupos

Objetivos:

1. Reflexionar acerca de la participación dinámica y la comunicación horizontal, en un clima de libertad y confianza.

2. Iniciar un análisis de los sentimientos de trabajar con otros gays y del porqué a veces éstos se reprimen.

Ejercicio 4: "Rompecabezas"

Duración: 45 minutos

Materiales: 1 juego de 5 rompecabezas para cada equipo.

Procedimiento:

a. Divida al grupo en dos equipos; dé a conocer las siguientes reglas del juego:

-Hay cinco rompecabezas que deben armarse

-No se permite hablar ni escribir

b. Entregue los rompecabezas a cada equipo, anote los comportamientos que usted observe en los equipos; cuando termine el primer equipo, pídales que vayan a observar en silencio a los demás.

Reflexión:

Cuando las personas trabajan en forma cooperativa logran alcanzar mejor sus objetivos. Los participantes probablemente establecieron el ejercicio como una competenciaa, objetivo que no tenía. A la vez, aprendieron a cooperar para lograr armar los rompecabezas. En el proceso, surgieron mucha de las actitudes que afectan posiblemente y negativamente el trabajo en grupo. El análisis de nuestro papel en el juego nos permite mirar los sentimientos que tenemos con respecto a nuestros compañeros y nosotros mismos.

Algunos de esos sentimientos nos son positivos para lograr los objetivos y otros no son negativos.

Nota para el facilitador:

Es importante que los participantess hagan sus observaciones de cómo vieron su participación y la de los demás en este ejercicio. Entre los puntos que deben analizarse están:

¿Por qué empezaron a competir con el otro grupo?

¿Cómo se sintieron armando los rompecabezas?

¿Estuvieron conscientes de cómo se sentían?

¿Cómo expresaron estos sentimientos?

¿Cuáles sentimientos negativos surgieron?, ¿los expresaron?

¿Cuáles setimientos positivos surgieron?, ¿los expresaron?

¿Cuál fue la actitud de los compañeros?

¿Cuándo empezaron a armar correctamente el rompecabezas?

¿Cuáles son las estrategias más efectivas para el trabajo en grupo?

¿Qué podemos aprender de este ejercicio acerca de nosotros como gays?

¿Cuáles sentimientos tenemos hacia otros técnicos?

Reflexión final:

El facilitador mencionará finalmente que el Sida se ha presentado al público como una amenaza que debe ser resuelta individualment. Sin embargo, las minorías tienen más desventajas que los demás grupos en tener acceso a la educación, la prevención y al tratamiento de las enfermedades. La discriminación que sufren del sistema médico hace que sean las últimas en ser tomadas en cuenta para los programas de prevenciónn o cuidado de enfermos. De ahí que la forma de combatir las epidemias y otras amenazas a la salud debe ser también grupal. No sería hasta que los gays empezaron a organizarse que se iniciaron las primeras campañas de prevención contra el Sida. La participación de la comunidad gay organizada también iniciará una transformación del servicio hospitalario de un rechazo hacia los pacientes con Sida hacia un tratamiento digno. Solo con la organización se podrá vencer esta epidemia y un primer paso sería la participación en estos talleres.

Lo mismo se puede decir del sistema penitenciarioo si los internos y los técnicos no se unen y se identifican con la problemática del Sida, es difícil que podamos hacer una prevención efectiva.

ANEXOS Y APENDICES

Sesión 1

Apéndice 1

Papelógrafo de objetivos y sesiones

1. Título: Modelo holístico de educación y prevención de Sida para minorías sexuales

2. Objetivos genera y específicos:

Objetivo general:

1. Promover cambios en la prácticas sexuales hacia el sexo más seguro.

Objetivos específicos:

a. Reforzar las actitudes positivas hacia la práctica de una sexualidad riesgosa.

b. Reducir el temor al trabajo con personas con Sida o poradoras.

c. Promover el compromiso de todos los funcionarios en participar en la prevención.

d. Incentivar la salud preventiva.

e. Aminorar los prejuicios hacia las minorías y mejorar las técnicas de comunicación con los reclusos.

3. Sesiones

a. Las reglas del juego

b. Sida y Sexo más seguro

c. Cuidandoo a los pacientes

d. Entendiendo a los demás

e. Salud holística

f. Comunicación sexual

g. Alcoholismo y farmacodependencia

h. Prevención

SESION 2

SIDA Y SEXO MAS SEGURO

Introducción:

Si las personas cambiaran sus prácticas sexuales solo con la información, no habría necesidad de un módulo como éste, de diez semanas, para la prevención del Sida. Haríamos esta sesión y con ella lograriamos nuestros objetivos.

Los participantes aprenderían cómo se transmite y se previene el Sida, y cómo usar efectivamente el sexo más seguro, incluyendo el preservativo, y ésto sería suficiente. Sin embargo, las personas no modifican su conducta sexual tan fácilmente.

Creemos que dar la información solamente no logrará nuestros objetivos (ya lo hemos evidenciado en la Encuesta Nacional de Sida y en la Encuesta Gay). Esto quiere decir que existen otros factores, además de la información, que influyen en las prácticas sexuales. Eso no quiere decir que podemos omitirla, o asumir que ya la mayoría de los participantes tienen una información adecuada. En realidad, muchos conocen cómo se trasmite el Sida y que el condón sirve de barrera, pero desconocen, o tienen información confusa, acerca de otros aspectos relevantes.

En el caso del condón, muchos no saben cómo ponerlo o quitarlo, cuáles marcar usar, cuáles gelatinas y sus marcasss son las mejores (a veces, recomendamos erróneamente una maarca de lubricantee que creemos que es hecha a base de agua y ésta tiene algo de aceite), y de la inconveniencia de ciertas prácticas, como llevarlo en la billetera (el calor lo perjudica), usar dos para mayor protección (la fricción más bien los rompe) y probarlos inadecuadamente (usando las uñas o estirándolos hacia arriba en vez de hacia lo ancho).

Existe siempre discusión, además, de la seguridad de ciertas prácticas sexuales como el beso profundo, el sexo oral y lamer el recto. No hay una posición unámine ante el peligro que éstos representan y por ello, es importante que los participantes reconozcan los grados de riesgo a los que se exponen con cada una de las prácticas sexuales. En vista de que los conocimientos acerca de la infección varían de acuedo con nuevas investigaciones, muchas de las recomendaciones también deben ser modificadas y por ello, permanentemente revisadas (Por eso omitimos en el Manual mucha de la información sobre el tratamiento del Sida con el fin de que utilice siempre la más reciente).

Lo mismo sucede con respecto al examen del Sida. Hace unos años los beneficios de saberse seropositivos eran muy reducidos comparados con la carga negativa de sabverse contagiado. Ahora, en los Estados Unidos y en los países desarrollados, un dictamén temprano sirve para iniciar un tratamiento preventivo que podría retrasar la enfermedad o evitarla del todo. En países como Costa Rica, la falta de AZT, DDI, y otras drogas por aprobarse, impiden que los seropositivos de escasos recursos puedan iniciar la prevención y que obtengan los mismos resultados. De ahí que la decisión de hacerse o no el examen, también debe tomarse teniendo en cuenta estas realidades tan distintas.

La posición oficial de estos talleres ante el examen del Sida es totalmente neutral. Ni se recomienda ni se aprueba. Cada persona debe llegar a su propia decisión, después de que se le de toda la información pertinente.

En lo que sí tenemos una posición oficial es con respecto a la prevención. Todos los gays debemos practicar el sexo más seguro para protegernos y para terminar con el contagio en nuestra comunidad. No existe ninguna razón suficientemente buena como para correr riesgos y amenazar nuestras vidas o las de nuestros compañeros. Sabemos que existen excusas para no hacerlo, per éstas deber ser atacads y cuestionadas con toda nuestra vehemencia. Por eso es que creemos que el resultado del examen del Sida es irrevlevante con respecto a la prevención: todos debemos cambiar y protegernos.

Los ejercicios en esta sesión

El ejercicio de las palabras claves es una alternativa dinámica a la tradicional charla médica sobre el Sida. Los participantes discuten sobre lo que creen son los términos básicos relacionados con la enfermedad y luego se aclaran las dudas. El facilitador deber estar muy atento a intervenir y dar la información adecuada, para lo que debe estar permanentemente atento a las nuevas informaciones sobre el Sida.

Esto mismo sucede con respecto al sexo más seguro. Como no hay consenso médico, los participantes deben evaluar los riesgos de cada práctica sexual. En la discusión muchos aprenden alternativas a prácticas no del todo seguras como el sexo oral.

Las competencias de los condones hacen que los participantes aprendan a usarlos de una manera lúdica. También hacen al condón algo familiar y positivo y le quitan la carga emocional que muchos tienene contra él.

SESION 2

SIDA Y SEXO MAS SEGURO

Ejercicios

Tema 1: Conocimientos básicos sobre Sida.

Ejercicio 1: Charla sobre Sida

Objetivo: Familiarizar a los participantes con todos los aspectos claves sobre el Sida.

Materiales: Ninguno

Duración: 30 minutos

Procedimiento:

a. El facilitador dará una charla sencilla, sin usar mucha terminología médica, sobre la enfermedad del Sida, en la que incluya los siguientes aspectos y ayudándose con la información pertinente (Apéndice 1):

Enfermedad y sus características

1. Epidemiología

2. Sida

3. Síndrome

4. Sistema inmunológico

5. Glóbulos blancos

6. Anticuerpos

7. Adquirida

8. Virus

9. VIH

Desarrollo o historia clínica

10. VIH+

11. Asintomático

12. Infección oportunista

13. Sarcoma de kaposi

14. Pneumocistis carinni

15. Candidiasis

16. AZT

Prácticas de riesgo

17. Heterosexual

18. Homosexual

19. Bisexual

20. Relaciones vaginales

21. Relaciones anales

22. Transfusiones

23. Uso intravenoso de drogas

24. Trasmisión perinatal

Prevención

25. Abstinencia

26. Monogama

27. Condón

28. Espermaticida

29. Nonoxinol-9

Control

30. ELISA

31. Western Bolt

32. Examen confidencial

33. Examen anónimo

b.El facilitador pregunta al grupo cómo le ha afectado el Sida en su vida y lleva a cabo una discusión sobre ésto.

Para el facilitador:

No hay tiempo en esta sesión para dar una charla larga sobre el tema. De esta manera, asegúrese que usted les haya entregado las lecturas (Apéndice 2) sobre Sida antes de esta sesión.

Ejercicio 2: ***Sexo más seguro***

Objetivo: Que los participantes revisen y comprendan los datos básicos del sexo más seguro

Ejercicio 2: Sexo más seguro

Materiales: Hojas blancas y lapiceros

Duración: 45 minutos

Procedimiento:

a. Se forman dos grupos

b. Cada grupo comparte sus ideas de lo que es sexo más seguro con respecto a las distintas prácticas sexuales

c. En cada grupo un voluntario hace de secretario y anota una lista de preguntas o problemas con respecto a las prácticas en que haya dudas o menos consenso en el grupo acerca de su seguridad.

e. Las preguntas de los dos subgrupos serán presentados al facilitador.

f. En plenario se leen estas dudas e inquietudes y todos opinan acerca de cómo se pueden aclarar los siguientes tópicos:

1. Abrazos

2. Besos

3. Sexo oral pasivo

4. Sexo oral activo

5. Prácticas sadomasoquistas

6. Sexo anal pasivo

7. Sexo anal activo

8. Uso del condón

9. Sexo heterosexual

10. Lamer el ano

11. Deportes acuáticos

12. Masturbación

13. Otras actividades sexuales

Tema 3: El uso del condón

Objetivo: Que los participantes se familiaricen con el uso del condón y aprendan a hacer la demostración a otros.

Ejercicio 3: Competencia de condones

Duración: 1 hora

Materiales: Condones, dildos, vibradores, jaleas, tijeras, papelógrafos y hojas con la frases (Anexo 1).

Procedimiento:

a. Después de que el facilitador haga una breve introducción acerca de los condones, procederá a dar una charla sobre el uso de éste en la que se señala la importancia del preservativo como método de prevención del Sida.

b. El grupo se dividen en dos y a cada uno se le pide que discuta algunas de las razones que la gente da para no usar el condón y que busquen las mejores respuestas. Uno de ellos debe apuntarlas para leerlas luego.

c. Se vuelve a plenario y se discuten las objecciones y las respuestas.

d. El facilitador procederá a demostrar cómo ponerse el condón (Anexo 2).

e. Se realizan una serie de competencias para ver cuál de los dos grupos logra más rápidamente colocar un condón en un dildo, quién lo puede poner con la boca, y cómo utilizarlo para lamer el ano. Todos deben calificar a cada una de las parejas participantes por su rápidez y por lo más importante: si el condón ha sido bien puesto o si han dejado aire en la punta o si lo han sacado mal de la envoltura. Gana el equipo en que más miembros lo hicieron correctamente.

f. El facilitador recomienda las marcas, precios, sabores, etc., de los mejores y más seguros condones en el país.

Tarea 4: El exámen del SIDA

Ejercicio: Película "A Través del espejo" de Aidscom

Duración: 25 minutos

Material: video

Procedimiento

a. Se proyecta la película y una vez que finaliza, se realiza una discusión de las ventajas y desventajas de la prueba del Sida.

Nota para el facilitador

Distribuya el material pertinente sobre el examen del Sida y recuerde que no es posición oficial recomendar o no la prueba. Debe hacer énfasis que para términos de prevención, el examen no es efectivo.

Reflexión final:

El conocimiento de la prevención del Sida no es suficiente para que las personas cambien sus prácticas sexuales. Los prejuicios que adquirimos sobre nuestra sexualidad sabotean muchas veces nuestros esfuerzos. Estos prejuicios y

actitudess nos impiden concientizarnos de la necesidad de usar el preservativo. De ahí que es importante que le prestemos atención a estos obstáculos psicológicos.

Tarea: El examen del Sida

El facilitador reparte el folleto de la Asociación de Lucha Contra el Sida de Costa Rica, o alguno similar, sobre el examen de anticuerpos del VIH, su significado e importancia y les pide que traigan sus comentarios y dudas para la próxima sesión.

ANEXOS, APENDICES

Anexo 1

Sesión 2

Excusas que da la gente para no usar el condón:

- No se siente anda, restan sensibilidad

- Los hombres pierden la erección mientras de los ponen

- Restan espontaneidad

- Si no tengo uno a la mano, no perderé una buena relación sexual

- Aprietan mucho, son demasiado pequeños para mí

- No puedo regarme con el condón puesto

- Son desagradables

- Dan mala impresión

- Son caros, no los puedo costear

- Mi pareja se rehusa a usarlos

- Si uno quiere al compañero, no debe usarlos

- Mi pareja es una persona limpia

- Mi pareja sosopecharía de mí y me acusaría de engañarlo/a

- Mi pareja me dejaría

- Mi pareja abusaría de mí

- Para algunos hombres, el hecho de eyacular adentro está relacionado con la intimidad. Se sienten rechazados si no reciben su semen. El rechazo es imperdonable.

- Con condones no se disfruta el sexo

- Si no son cien por ciento efectivos, ¿por qué los voy a usar?

Anexo 2

Sesión 2

Instrucciones para la demostración del uso del preservativo

Colocación del condón:

- Indique la necesidad del uso del condón cuando se va a sostener relaciones vaginales, anales u orales.

- Abra con cuidado la envoltura

- Retire el condón de la envoltura, póngalo en el pene y suavemente colóquelo hacia la base

- Evite punzar el condón con las uñas o los dedos

- Si lo tiene a la mano, añada esparmaticida en la punta

- Coloque el condón en la punta del objeto, dildo o fruta que utilizará para la demostración.

- Recuerde que si la persona no está circustancia, debe retirar el prepucio

- Sostenga la punta mientras coloca el condón

- Deje un espacio en la punta y sáquele el aire por medio de un apretón suave con los dedos

- Desplace el condón hacia la base del pene u objeto de demostración y vigile que no se le zafe o rompa durante la relación sexual.

Quitar el condón:

- Retire el pene mientras esté erecto para evitar que se le zafe el condon.

- Sostenga el condón en la base del pene mientras lo retira de su pareja

- Retire el condón sosteniendo la base

- Agarre suavemente la bolsita donde está el semen mientras lo va retirando del pene, pero hágalo suavemente para evitar que se le rompa.

- Tire el condón en la taza o en la basura y lávese las manos con jabón.

Apéndice 1

Anexo 2

Vocabulario de SIDA con definición

SIDA: *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*

Epidemiología*: Estudio de las epidemias*

Síndrome: *Conjunto de síntomas de una enfermedad*

VIH: *Virus de Inmunodeficiencia Humana*

Infección por VIH: *Infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana, que puede o no enfermar de Sida a la persona infectada*

Sistema inmunológico: *La parte del organismo que destruye a los gérmenes y células extrañas*

Glóbulos blancos: *Células de la sangre que atacan cuerpos extraños y que nos defienden de las enfermedades.*

Anticuerpos: *Célula especializada de la sangre que destruye un germen específico*

Asintomático: *Que no muestra señales de infección*

Portador: *Persona que tiene un virus y puede infectar con él a los demás*

Sarcoma de Kaposi: *Cáncer de los vasos sanguíneos. Es el cáncer más común entre los pacientes de SIDA, en que manifiesta de forma más agresiva.*

Candidiasis o monoliasis: *aftas bucaless causadas por una levadura; afecta el tracto alimenticio. Común en pacientes con Sida.*

Mutuamente monógamos: *Expresión que describe a dos personas que sólo tienen relaciones sexuales entre sí.*

Actividadess sexuales: *Término empleado comúnmente para describir las prácticas sexuales que previenen el intercambio de sangre, semen y fluidos vaginales*

Uso intravenoso de drogas: *Consumo de drogas con fines no medicinales que se inyentan en la vena con aguja y jeringa.*

Heterosexualidad: *Atracción sexual hacia personas del sexo opuesto*

Homosexualidad: *Atracción sexual hacia personas del mismo sexo*

Bisexualidad: *Atracción sexual hacia personas del ambo sexo*

Abstinencia: *Privarse de algo o no hacer algo; suele usarse con referencia a la decisión de no tomar alcohol o tener relaciones sexuales.*

Látex: *Mejor material para condones*

Nonoxinol 9: *Nombre químico de un ingrediente común espermaticida de las espumas o jaleas anticonceptivas. Mata al virus del SIDA.*

Prueba confidencial: *Cuando se da el nombre, pero se mantiene en secreto la información*

Prueba anónima: *Cuando no se da el nombre, de modo que nadie sabe quién es la persona sometida a la prueba*

Elisa y Western Blot: *Exámeness que determinan la presencia de anticuerpos al VIH en la sangre. El segundo es más preciso.*

Seropositivos: *Cuando el análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos indica que sí los hay*

Seronegativo: *Cuando el análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos indica que no los hay*

Condón: *Tubo de látex o goma muy fino para cubrir el pene erecto.*

Espermicida: *Substancia que inmoviliza y destruye los espermatozoides. Viene en forma de cremas, espumas, gelatinas o supositorios vaginales*

Trasmisión perinatal: *Contagio de madre e hijo durante el embarazo*

Sesión 3

Cuidando a los pacientes

Introducción

El Sida es una de las enfermedades más difíciles de contraer, si se toman las medidas del caso, pero que más miedo despierta en la gente. Esta sesión tiene como interés terminar con los mitos acerca del peligro de infección y de instruir a todos los funcionarios del sistema penitenciario para que sepan las cosas que pueden y que no pueden hacer en caso de encontrarse con un recluso portador o enfermo de Sida.

Con los cuidados higiénicos esenciales, nadie tiene por qué temer el contagio. Por el contrario, nosotros somos los que a veces ponemos en peligro a las personas con Sida por nuestra negligencias y por nuestra discriminación.

Pero sabemos que aún conciendo las reglas básicas de lo que se debe o no hacer, las personas continúan con los temores respecto a las personas portadoras o con Sida. Esto tiene que ver más con las actitudes y los prejuicios que con la realidad médica. Por esta razón, es importante que ahondemos en cuáles son esos prejuicios y cuáles las alternativas para prescindir de ellos.

En el caso nuestro, de técnicos o agentes de seguridad en una cárcel, es imprescindible que sepamos todo lo que tenemos que saber acerca cómooo protegernos en el caso de trabajar con personas portadoras o con Sida. Pero no menos importante es que también nos pongamios en el pellejo de los portadores o pacientess con el fin de que tengamos la sensibilidad para darles apoyo y comprensión. Con miedo o temor, nuestra labor preventiva o curativa es imposible.

Una de las formas de mirar el lado humano del problema es hablar con un paciente o portador y oir de él o ella el discriminación y la estigmatización.

Los ejercicios en este taller

Primero, se mira una película que explica los miedos infundados acerca de Sida y los cuidados básicos necesarios. Seguidamente, se instruye acerca del uso correcto de guantes y el manejo de artículos contaminados. Luego, se discuten los temores de manejar un caso de Sida y se caso de que haya que trabajar o cuidar a un paciente de Sida. Se trabaja, finalmente, con los temores en ejercicios de meditación.

SESION 3

Cuidando a los pacientes de Sida

Ejercicios

Tema 1: El cuidado en los hospitales

Ejercicio 1: Película de Aidscom, "El temor que ciega"

Objetivo

1. Aprender cuáles cuidados son necesarios y cuáles son innesarios cuando se está en contacto con una persona con Sida

2. Promover una política de confidencialidad respecto a las personas enfermas o contagiada

Duración: 50 minutos

Materiales: Video de la cinta, videograbadora y televisión

Procedimiento:

a. Se proyecta la película

b. Se divide al grupo en parejas y se les pide que discutan sobre los aspectos de la aatención del paciente con Sida que requieran de protección (guantes) y cuáles no.

c. Una vez realizada esta discusión, cada grupo discute sobre los temores que tienen respecto a tocar a un paciente, a pesar de saber que ésto no es peligroso.

d. Se analiza, finalmente, cómo podría hacerse para eliminar los miedos infundados y se lleven alternativas al plenario.

e. En plenario, cada pareja examina lo que teóricamente sabe acerca de los cuidados de un paciente de Sida, los temores que se expresaron las alternativas que se sugieron.

Nota para el facilitador

Tenga presente que los temores son sentimientos y no pensamientos y que muchas veces, a pesar de saber que algo no nos podrá dañar, tenemos irracionalmente que así sea. De ahí que sea importante que usted diga que la única manera de vencer un temor, es enfrentándose a él.

Reflexión

El Sida no se adquiere por contacto social, ni por tocar a un paciente. Si evitamos el contacto con la sangre, es casi imposible adquirirla. Es menos contagiosa que otras enfermedades como la tuberculosis y el riesgo al que nos exponemos por estar con un paciente o portador, ese inexistente, siempre y cuando tomemos las medidas indicadas.

Sin embargo, la enfermedad provoca un temor que va más allá de su peligrosidad y ésto es más sicológico que otra cosa. De ahí que es importante que tomemos conciencia de que la mejor manera de vencer el temor, es por medio de hablar de y enfrentarnos a él.

Ejercicio 2: Aprendiendo a usar los guantes y el cloro

Objetivo: 1. Aprender el uso correcto de los guantes y el manejo de artículos contaminados

Duración: 30 minutos

Materiales: guantes deshechables, cepillo, jabón, cloro, palopizos

Procedimiento:

a. El facilitador explica en qué circunstancias es necesario usar los guantes y los peligros de no protegerse con artículos contaminados.

b. El facilitador explica la forma correcta de lavarse las manos, las uñas y el uso del cepillo

c. Procede a demostrar cómo se sacan los guantes del envoltorio y la manera correcta de meter los dedos.

d. Demuestra cómo se quita y se botan.

e. Finalmente, explica cómo se debe disponer de artículos contaminados por sangre o fluídos como ropa y jeringas.

Además, el uso del cloro en los servicios, la ropa de cama y la vajilla.

f. Finalmente, todos practican con el uso de los guantes, el cepillo de manos y con la cantidad de cloro que necesita el agua para desinfectar los baños y otros lugares de la habitación.

Nota para el facilitador

Aproveche este ejercicio para nuevamente insistir en que los guantes y las medidas de precaución son necesarias solo cuando estamos en contacto artículos con sangre o fluidos y que no son necesarios para tocar, acariciar, estrechar la mano, alimentar, a un paciente con Sida.

Tema 2: Exponiéndonos al Sida

Ejercicio 3: Charla de un seropositivo

Objetivos: 1. Hacer que los participantes enfrenten la realidad de Sida por medio de su exposición a una persona portadora o enferma.

2. Ayudar a disminuir los temores de los participantes al hablar con una persona de carne y hueso.

3. Hacerlos conscientes de la discriminación que sufren los pacientes y la importancia de la solidaridad.

Duración: 1 hora

Materiales: ninguno

Procedimiento:

a. El invitado habla de su experiencia como paciente o portador y luego permite que los participantes le pregunten sus dudas e inquietudes.

Tema 3: Instrumentos para vencer el temor

Ejercicio 4: Meditación para vencer los temores

Objetivos: 1. Poner a los participantes en el papel de un paciente con Sida

2. Hacerlos conscientes del impacto que tiene en ellos la discriminación

Duración: 45 minutos

Materiales: Grabadora y casete "Venciendo los temores"

Procedimiento:

a. Ponga el casete.

b. Discuta con los participantes cómo se sintieron, qué experimentaron, cuáles fueron sus principales temores, deseos, dudas.

Nota para el facilitador

Este ejercicio puede crear mucha resistencia porque se les está pidiendo a los participantes que se pongan en una situación muy difícil. Sin embargo, es ideal para sensibilizar al grupoo de la situación de los pacientes de Sida.

Reflexión:

Tener una enfermedad terminal no es nada fácil para nadie.

El miedo, el duelo, la soledad y el dolor de la separación, son temas cotidianos. Pero más difícil es cuando uno tiene que lidiar con el rechazo hacia la enfermedad en particular que se tiene y a veces, tener que esconderla. Esto le roba a la persona de la energía necesaria para luchar contra la enfermedad y la tranquilidad para resolver sus asuntos y aceptar la realidad.

Tarea:

Pídale a los participantes que se lean el capítulo 7 del libro ***formación de una contracultura*** *de Jacobo Schifter.*

SESION 4

Entendiendo a los demás

Introducción

No existe una área más llena de mitos e ideas infundadas que la de la sexualidad humana. No sabemos, la mayoría de las veces, en que consisten las diferencias de sexo, género, roles sexuales y orientación sexual. Tenemos tan confundidos estos términos, que a veces creemos que las personas nacen femeninas o masculinas y que la cultura y la socialización no intervienen en su gestación.

Menos sabemos de las orientaciones sexuales y estamos llenos de prejuicios acerca de aquellos que no calzan en la heterosexualidad que, en Costa Rica, es la única norma socialmente aceptada.

Estas ideas nos llevan a crear situaciones de discriminación hacia las mujeres y las minorías sexuales. Estos prejuicios nos restan credibilidad y efectividad cuando tratamos con personas que no encajan en los estereotipos que tenemos acerca de lo que son los hombres y las mujeres.

En la cultura de la cárcel, la sexualidad tiene y adquiere características muy particulares, y no es un secreto que es más amplia de lo que a veces queremos reconocer. Esta amplitud requiere que nosotros mismos, los que trabajamos con los reclusos, ampliemos nuestras mentalidades para trabajar efectivamente la prevención.

Parte de lo que es prevención efectiva, consiste, entonces es estar muy al tanto de las corrientes científicas más importantes en el campo de la psicología y la sexualidad con el fin de no cometer errores en el trato, con reclusos homosexuales, bisexuales y no tradicionales en su vida sexual. Si no lo hacemos, vamos a continuar tratando como criminales o aberrados a minoríass sexuales en los centros penitenciarios, y ésto lo único que nos brindará es su desconfianza, su indiferencia al mensaje que queremos darle y su total rechazo de nuestras sugerencias de prevención.

Ejercicios en esta sesión

No solo es importante que entendamos científicamente los términos, sino cómo hemos interiorizado los prejuicios y cómo las ideas erróneas nos impiden ser efectivos comunicadores.

El taller está también orientado a ejercicios que pongan a los técnicos y agentes de seguridad en los zapatos de las minorías, que entiendan cómo se sienten la discriminación y cómo pueden ellos mismos cambiar actitudes y políticas para ganarse la confianza de los reclusos y convencerlos de la necesidad del sexo más seguro.

SESION 4

Entendiendo a los demás

Ejercicios

Tema 1: Sexo, género, roles y orientación sexual

Ejercicio 1: El extraterrestre

Objetivo: 1-Hacer conscientes a los participantes que los roles sexuales son construcción sociales, 2-Sensibilizarlos del fenómeno de que las personas no nacen femeninos o masculinos sino que se hacen y de que todos podemos escoger los atributos. 3-Aminorar la hostilidad hacia personas que no concuerdan con los estereotipos.

Duración: 45 minutos

Materiales: papelografos, marcadores

Procedimiento:

a- Se pide al grupo que se divida en dos subgrupos

b- A cada subgrupo se le da un papelógrafo y un marcador

c- Se les dice que un extraterrestre ha llegado a visitarnos y que quiere saber cómo es una mujer y cómo una mujer, ya que en su planeta no existen esas diferencias

d- Se les pide a cada subgrupo que describa lo mejor posible a un hombre, y al otro, a una mujer. La descripción debe ser una lista que contenga elementos físicos, psicológicos, modos de sentir, de pensar, de actuar y de mostrar emociones.

e- Cada subgrupo realiza la descripción y al finalizar, coloca los papelógrafo en un lugar visible.

f- Se vuelve a plenario y ahora el facilitador hace el papel del extraterrestre y discute con el grupo los conceptos mostrados. Así, por ejemplo, si se dice que las mujeres usan el pelo largo, el conoció anteriormente una tribu indígena donde todos los seres tenían esa característica. Se deben cuestionar todos los otros atributos.

g- A continuación, el grupo se vuelve a dividir en dos y cada uno hará una lista de que se denominará: "Características que nunca varían".

h- Se vuelve a plenario y se analizan los resultados

Reflexión:

Se debe llevar al grupo a entender como los comportamientos humanos están bastante condicionados por el tiempo y el lugar en que se vive. Desde muy temprana edad, las personas aprenden cómo deben comportarse debido a lo que instituciones como la familia, la iglesia, y el estado, esperan de cada uno. El estereotipo es una forma de manipular la vida de las personas porque no las deja escoger los atributos que cada una desearía tener. En otras palabras, es un medio de discriminación social ya que el hombre recibe las cualidades más importantes en la sociedad y la mujer, las menos valorizadas. Aquellas y aquellos que no se adaptan a lo que la sociedad define como apropiado, son castigados de muchas maneras.

Ejercicio 2: Manipulando comportamientos

Objetivos: 1-Analizar el papel de la represión en la formación del género 2-Escuchar las razones tradicionales del por qué de las divisiones sexuales.

Duración: 30 minutos

Materiales: Hojas blancas y lapiceros

Procedimiento:

a-Se pide al grupo que se divida en subgrupos de tres.

b-Cada subgrupo debe elaborar un psicodrama cuyo tema central es cómo se crean los prejuicios sociales.

c-Uno de los participantes en el subgrupo debe hacer el papel de una persona que está realizando una actividad no común para su género (limpiar la casa, estudiar, cosmetología, cocinar, etc).

d-Los otros del subgrupo tomarán partido, uno a favor y otro en contra, de la acción que realiza su compañero y deben discutir, por un breve tiempo, cada una de las opiniones.

e- Se presentan en plenario cada uno de los psicodramas

f-Una vez que ha finalizado la presentación, se conversa en el grupo sobre los psicodramas y el facilitador da especial interés a cómo se va formando las conciencia de las personas para que acepten ciertas actividades como propias de un género determinado

Reflexión:

Si no fuera por la presión de los demás, muchos haríamos cosas que no son las típicas de nuestro género. Es quizás ésta la razón de la hostilidad que sentimos hacia aquellas personas que no se encasillan en categorías rígidas y nos demuestran que todos podemos escoger.

Tema 2: Homofobia

Objetivos: 1-Llegar a entender las razones del desprecio hacia el homosexual 2-Aminorar este sentimiento con el fin de lograr una mejor relación con los internos gays.

Ejercicio 3: ¿Por qué no gustamos de los gays?

Objetivos: 1-Hacer conscientes a los participantes de que la homofobia está muy relacionada con nuestros estereotipos de género 2-Exteriorizar los mitos acerca de los homosexuales para poder analizarlos racionalmente.

Duración: Media hora

Materiales: papelógrafo, marcador

Procedimiento:

a- El facilitador le pide al grupo que vaya ennumerando las razones por las que no gustan de los homosexuales y las va apuntando en el papelógrafo.

b- El facilitador divide al grupo en tres y le pide que participen en una competencia en que cada grupo debe dar un ejemplo que refute cada una de la lista de estereotipos. El tercer grupo hará de jurado y calificará las respuestas con un puntaje

c- Cada grupo da una respuesta a la lista de estereotipos y gana el que da mejores ejemplos. El jurado debe explicar las razones por las que una preguntas recibieron más puntos que otras.

Reflexión:

La homofobia está muy vinculado con el sexismo. Muchas de las razones que se dan para rechazar a los homosexuales se basan en su no conformidad con las expectativas del género. El rechazo es más que todo por asociarlos con las caracaterísticas del género contrario.

Ejercicio 4: Poniéndose en los zapatos del otro.

Objetivo: Visualizar cómo se siente la discriminación en carne propia.

Duración: Media hora

Materiales: Ninguno

Procedimientos:

a- Lea el siguiente ejercicio:

"Estás esperando a la persona que más te ha gustado en la vida. Ansías que venga a verte y esperas impacientemente en la esquina del cine Rex. Cuando ésta llega, no podés abrazarla porque todo el mundo ser reiría de vos. Le estrechás la mano y le pedís que vaya la mano y le pedís que vaya caminando con vos. A pesar de que te morís por besarla, ni siquiera podés mirarla mucho a los ojos porque la gente podría sospechar. Hablan un poco y deciden caminar hacia la parada de buses. Ahí esperas impacientemente y te fijas si alguien en la fila te ha reconocido y ha visto con quién estás. Una vez que llega el bus, te sentás junto a ella pero no podés siquiera tomarla de la mano. Se bajan en Barrio México y van al var México. Ahí podés hablar más tranquilamente, pero no puedes besarla ni tocarla. Tenés que fijarte para todo lado con el fin de ver si alguien está sospechando que estás hablando muy íntimamente. Cuando se van para su casa, llegás y saludás a su familia y te comportás como si la persona fuese una amistad nada más, porque, de lo contrario, nunca te dejarían volver a visitarla"

b- Pídales que abran los ojos y que narren cómo se sientieron haciendo el ejercicio y explique cómo revela lo que sufren los homosexuales por la discriminación.

Reflexión:

La mayoría de nosotros no se pone a pensar cómo el tener que esconderse del acoso y la burla de la sociedad, hace que los homosexuales tengan problemas enormes para mantener relaciones estables y vivir una vida plena. Muchas de las cosas de las que los acusamos, son en realidad producto de esta represión. La supuesta promiscuidad es muchas veces una forma de no mantener relaciones estables que los puedan delatar. Cuando se evalúa el proceso de discriminación, es posible aprender lo difícil que resulta para un gay hablar de su vida. Solo cuando podamos ponernos en su lugar, adquirimos la sensibilidad para establecer una relación de confianza.

Tema 3: Técnicas para mejorar la comunicación

Ejercicio 5: Psicodrama

Objetivo: 1-Revisar algunas técnicas para establecer confianza con un recluso homosexual. 2-Analizar alternativas para promover el condón.

Duración: Media hora

Materiales: dos sillas

Procedimientos:

a- Dos voluntarios tienen que hacer le papel de un recluso homosexual y de un técnico que hablarán sobre la sexualidad. El técnico quiere promover que el interno practique el sexo seguro.

b- Una vez que ambos terminen el diálogo, cada participante que lo desee, pasa detrás de la silla de uno o del otro y dice las cosas que cree éste no dijo. Si existen formas mejor de hacer las cosas, ésta es la oportunidad para cambiar el diálogo. Si se cree que alguno no dijo la verdad o cambió la situació, también es la oportunidad de expresarlo.

Reflexión:

Es casi imposible establecer una buena comunicación con alguien que no entendemos a aceptamos. Nuestro rechazo se hará evidente y perderemos toda nuestra confianza. De ahí que para establecer un buen diálogo, lo primero que debemos hacer es conocer al otro y respetarlo por lo que es.

Los roles sexuales son construcciones sociales que varían con el tiempo y la cultura. No debemos verlos como naturales o rígidos. Si aceptamos que son más bien fluidos, veremos con más tolerancias a las personas que no calzan con ellos.

Ejercicio 6: Charla sobre orientación sexual

Objetivos: 1-Explicar varias escuelas de pensamientos acerca de la homosexualidad y los hallazgos científicos sobre el tema. 2-Impulsar un pensamiento crítico ante los aspectos de género y orientación sexual. 3-cuestionar la idea de que la Biblia condena al homosexualismo.

Duración: Una hora

Materiales: Ninguno

Procedimiento:

a-El facilitador da una charla sencilla, basándose en la lectura #1 (Apéndice 1) y explicando todos los mitos e ideas erróneas sobr el homosexualismo hasta su eliminación como patología por la Asociación Psiquiátrica estadounidense. Luego, en forma resumida, también da los principales argumentos acerca de la homosexualidad como ajena a las condenas bíblica, tal como se encuentra en la lectura #2 (apéndice 2).

b-Se establece un diálogo con los participantes acerca de sus dudas e inquietudes.

Nota para el facilitador: Debe hacerse leído bien ambas lecturas y dar una charla muy bien preparada.

Recuerde que al homosexualismo se le asocia con la enfermedad y el pecado y esta es la oportunidad de quitar esas ideas erróneas. Recomienda usted que se lean el libro de la Contracultura de Jacobo Schifter.

Tarea:

Se pide a los participantes que se lean el artículo sobre los roles sexuales en Costa Rica (Apéndice 3).

Sesiones 5

Salud holística

Introducción

Las actitudes homofóbicas tienen un impacto en la salud homosexual; la manera en que la sociedad percibe el homosexualismo afecta por varias avenidas la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Una de ellas es por medio de las presiones externas que incluyen las actitudes de la comunidad y el gobierno hacia la homosexualidad y el apoyo de la medicina preventiva con respecto a sus minorías sexuales. Si la homosexualidad es conceptualizada como una enfermedad, una degeneración mental o un acto criminal, es probable que los recursos para prevenir el Sida sean escasos o inexistentes. En el caso de Costa Rica, el gobierno y el Ministerio de Salud no han destinado aún fondos para realizar una campaña de prevención entre los gays, a pesar de que constituyen el 70% de los casos de enfermos de Sida.

Las creencias políticas afectan también el contenido del mensaje, así como su percepción. Un mensaje que enfatice el papel del homosexual como causante de la enfermedad hace que aquél que no se define como tal, tenga una percepción de riesgo menor ante el contagio con el virus del Sida.

Para los homosexuales, el mensaje pierde credibilidad. Tversky y Kahneman (1973) opinan que los factores emocionales afectan la percepción del riesgo y pueden así distorcionar la información. Los mensajes con contenidos emocionales de rechazo y de disgusto hacen que el receptor desconfíe de ellos o tienda a ignorarlos. No es de extrañar entonces que, ante la posición homofóbica de la gran mayoría de los funionarios de la salud, el homosexual desconfíe de sus recomendaciones.

Las actitudes del personal de salud tiene un impacto directo en el grado de honestidad del paciente. Pauly y Goldstein (1970) reportaron que en Estados Unidos el 75% de una muestra de 1000 funcionarios de salud admitió sentirse incómodo con sus pacientes homosexuales. Sandholzer (1980), reporta que un tercio de los médicos se siente molesto con los pacientes homosexuales y el 84% siente que los pacientes homosexuales rehúsan buscar ayuda debida a la desaprobación de los médicos.

Dardick y Grady (1980), indican que el 49% de los homosexuales no le confía su orientación sexual a sus médicos. Lo mismo sucede en Costa Rica en donde se comprobó que el 60 % de los gays que van a bares no le confiesan su orientación sexual a los médicos. Los hombres gays, por su parte, han reaccionado ante esta homofobia practicando más una medicina curativa que preventiva. Es más una medicina prescriptiva que preventiva. En otras palabras, se espera la enfermedad para buscar el remedio químico y se pone toda la confianza, y el poder, en el médico y la droga. En el caso de las enfermedades vénereas, los gays han confiado en la penicilina como panacea. En vez de protegerse en contra de éstas, se acude a las clínicas solo cuando ya se está infectado para tratarlas. Aunque esto puede funcionar, hasta cierto grado, con otras ETS, en el caso de distinta: no hay cura, ni vacuna y la única protección es la prevención.

Uno de los problemas con la medicina tradicional es que es muy autoritaria y jerarquizada en Costa Rica: el médico asume la responsabilidad y el poder de curar. El paciente se mira como un ente pasivo, quien busca ser salvado de la enfermedad. No se toma en cuenta el estado emocional del paciente, su estilo de vida, su estrés, sus razones para enfermarse y sus deseos de curarse o no. Se asume que la medicina podrá por sí sola curar todo aquello que ella decide que se puede curar y lo que no puede, como el cáncer o el Sida, no tendrá cura. Este enfoque incrementa la dependencia del paciente con el médico, su sentimiento de inferioridad, de irresponsabilidad con respecto a su estado, y lo peor, su incapacidad de participar en su recuperación.

Una minoria oprimida, perseguida y discriminada, que no cuenta con el poder legítimo para demandar los servicios de salud que merece, no encuentra muchas posibilidades de apoyo en el sistema actual de medicina en nuestro país.

El temor, por ejemplo, de revelar al médico su orientación sexual es un obstáculo para desarrollar una actitud más combativa ante la enfermedad.

Esta situación ha llevado a muchos a distanciarse de la medicina, de los médicos, de los centros de salud y de todo aquello que implique prevención. Además, ha reforzado la apatía y el sentimiento de desesperado.

El modelo Simonton cambia el énfasis de una medicina "curativa" (interventora, medicinal, quirúrjica) a una "holística" en la que se toma en cuenta la mente y el cuerpo. Esto se devuelve a la persona la responsabilidad y el poder de cuidar su salud.

Esta perspectiva estimula así la medicina preventiva.

Los Simonton hacen que el paciente recupere lo que más teme ante la enfermedad: el control. Si la persona ha tenido parte en su enfermedad, también lo tendrá en su recuperación. El dolor, el temor, el estado físico general, responderá ante la actitud mental de la persona y aunque ellos no claman que todos ser recuperarán, aportan evidencia de que sí se pueden hacer cambios efectivos.

Los gays tiene mucho que ganar en la prevención. Si pueden realizar cambios en sus hábitos de comida, ejercicio, relajación y descanso, se les hará más fácil hacerlos en su vida sexual en la prevención del Sida. Si logran asumir más control en las áreas de la salud, también lo sentirán en los de la sexualidad.

Los ejercicios en este taller

El taller de salud integral sigue fielmente el esquema de tratamiento de los doctores Carl y Stephany Simonton. Está compuesto por charlas sobre el papel de la mente en la enfermedad y la curación, el papel del estrés y de la depresión, la relación entre personalidad y enfermedad y otras afines. Se realizan ejercicios participativos para que los participantes puedan por ellos mismos darse cuenta de cómo han participado en sus enfermedades y en sus recuperaciones y se ponen en marcha las meditaciones y visualizaciones principales del Método Simonton. SE busca qeu los participantes se comprometan a establecer programas de prevención en el campo de la nutrición, el ejercicio, el deporte y el descanso. La lectura del artículo "cancer". El controversial método Simonton para prevenir y luchar contra esta enfermedad, y posiblemente contra el Sida" es requisito indispensable.

SESION 5

SALUD HOLISTICA

Ejercicios

Tema 1: Hacia una definición de salud holística

Objetivos: 1-Hacer conscientes a los participantes de la conexión que existe entre cuerpos y mente

2- Ayudarlos a reconocer cómo pueden tomar control de su salud.

Ejercicio 1: Psicodrama

Duración: una hora

Materiales:delantal médico, estestocopio, serrucho, martillo, papélografo y marcador

Procedimiento:

a- Los facilitadores pide un voluntario para hacer el papel de hermano de un paciente con cáncer, tal como se describen en las dos situaciones del Anexo 1.

b- Los facilitadores y el voluntario representan ambas situacione, sin que éstes último conozca de antemano los detalles de ambas situaciones.

c- Una vez reprsentadas las dos situaciones, el facilitador pregunta acerca de cómo se sintió el hermano en ambos casos. Despuéss pide a los particpantes que hablen de sus impresiones.

d- El facilitador solicitará luego a los participantes que le ayuden a llenar una papelógrafo acerca de lo que es salud y lo que es enfermedad para ellos. Se debe llegar por consenso a una definición de salud, de enfermedad y a lo que son sus características.

e- Después de llegar a un consenso sobre la definición, el facilitador discutirá con el grupo acerca del papel de las enfermedades como señales del cuerpo para darnos advertencias sobre nuestro estilo de vida.

f-El facilitador pide que los participantes cierren los ojos durante unos pocos minutos y que piesen cuáles son sus órganos vulnerables y las zonas en donde padece más dolencias o más accidentess (cortarse los dedos, zafarse el tobillo, pegar la cabez, etc)

g- Una vez realizada ésto, el facilitador indagará acerca de cuáles podrían ser los conflictos emocionaless más caracteristicos de los participantes (dificultad de expresar sentimientos, cólera, reprimida, problemas para tomar decisiones, ingestión de drogas o alcohol, incapacidad para sentir emociones fuertes, problemas de intimidad, etc) y tratará de establecer, con la ayuda de los participantes, una conexión entre la enfermedad, la dolencia o zona de accidentes y el problema emocional.

Nota para el facilitador

El facilitador, en la segunda situación, hará, en forma de diálogo con el paciente y el hermano, una exposición sobre la importancia de la armonía física y mental para la salud.

Deberá abarcar los siguientes temas:

- Los estudios sobre personalidadd y cáncer que han encontrado una relación entre la depresión y el tumor.

- La relación entre estrés y el sistema inmunológico

- Los estudios sobre el poder del placebo y el poder que tiene la mente para sanar.

-La conexión entre Sida, estrés, depresión y drogas.

- La importancia de la nutrición, el ejercicio, las meditaciones, la relajación, y las visualizaciones para tener una buena salud.

Reflexión

Muchas veces creemos que la salud es simplemente la ausencia de la enfermedad y esto nos puede llevar a descuidar la armonía emocional. La salud es más que estar aparentemente sanos: es un sistema de vida armonioso con nosotros mismos y el medio en que vivimos. Además, la salud es algo de lo que tenemos control y que no depende solo de los médicos hagan por nosotros. Por eso es que la primera situación resulta negativa: le roba al paciente el conocimiento de la verdad, socava sus fuentes de apoyo al hacer el doctor una negociación secreta con el hermano, impide que el paciente reconozca la necesidad de hacer cambios en su vida, y le quita el control sobre su salud.

Cuando el medio es hostil con respecto a lo que somos, nuestra salud está amenazada y es necesario tomar las medidas necesarias para alcanzar nuevamente una armonía. Los hombres gays estamos así más amenazados porque vivimos en un medio hostil y es necesario utilizar todos los instrumentos a nuestro alcance para restablecer un nuevo equilibrio: apoyo de nuestro amigo gays, ejercicio, alimentación, meditaciones, apoyo terapeútico en caso de no haber resuelto problemas de la homofobia interiorizada, descanso y otros.

Nuestro cuerpo nos da mensajes acerca de patrones de conducta o actividades que están siendo nocivas. La enfermedad puede ser vista, a veces, como una comunicación del subconcientes de que tenemos que dejar de hacer las cosas que nos perjudican y hacer más de las que no benefician. Tomar conciencia de la información que nos da nuestro cuerpo es le primer paso para la recuperación y para la salud.

Tema 2: Los beneficios de la enfermedad

Ejercicio 2: Las enfermedades cuando niños

Objetivo: Ayudar a entender las diversas facetas de la enfermedad en nuestras vidas.

Duración: Media hora

Materiales: papelógrafos y marcadores

Procedimiento:

a- Se divide al grupo en parejas cada persona tiene 5 minutos para contarle a la otra acerca de algunas enfermedades que recuerda haber tenido cuando niño y todo los chineos relacionados con ellas.

b- Una vez que cada pareja haya tenido tiempo para compatir estas experiencias, se vuelve a plenario y los participantes narran la historia del compañero.

c- El facilitador va escribiendo en el papelógrafo los beneficios que narren haber recibido los participantes cuando estuvieron enfermos.

Nota para el facilitador:

Es importante que las personas lleguen a tomar conciencia de que la enfermedad puede servir para obtener muchos beneficios: chineos, cuidados especiales, cariño, excusas para dejar de hacer cosas desagradables, aceptación, expresión de cólera y otros. Si los participantes no narran en sus experiencias algunos de estos beneficios usted debe sugerirlos cuando empiece a llenar el papelógrafo.

Reflexión:

La mayoría de nosotros, en nuestra infancia, recibimos una atención especial cuando estuvimos enfermos y esta conexión entre el cuido y la enfermedad posiblemente continúe en nuestro subconciente. Algunas veces, cuando

estamos deprimidos, angustiados o nos sentimos mal, la enfermedad se convierte en una puerta de escape de nuestras obligaciones y tareas. Esta también nos puede servir para pedir cariño y atención.

Aunque la enfermedad nos puede servir de escape, también exige un precio muy alto, en términos de nuestra salud, como para ser una salida efectiva o positiva. En realidad, la gente que utiliza enfermarse para obtener permisos o cuidados está corriendo riesgos muy altos y podría obtener estos mismos beneficios con solo pedir ayuda, darse los permisos, o tomar unas vacaciones.

Tema 3: ¿Qué es el Método Simonton?

Objetivo: Que los participantes conozcan en qué consiste el método y todos los pasos a seguir para mantenerse saludables.

Ejercicio 3: El Método Simonton

Duración: una hora

Material: Papelógrafo con el Método Simonton (ver anexo 2) y con la frase "Si el cáncer es una enfermedad del estrés y de la depresión, ¿no podría la esperanza y la alegría contribuir a la curación?

Procedimiento:

a. Se pone un papelógrafo en la pizarra que lea "Si el cáncer es una enfermedad de estrés y de la depresión, ¿no podría la esperanza y la alegría contribuir a la curación?

b. Se les pide que reaccionen ante éste y que cuenten si conocen alguna persona que todos creían que se moriría de cáncer y que haya sobrevivido.

c. Luego, se pone otro papelógrafo con el Método Simonton en la pared y se explica en qué consiste paso por paso. El facilitador debe explicar cada uno de los componentes del Método y las experiencias que se ha obtenido.

Reflexión:

Los participantes deben tener todo el espacio para evacuar sus dudas y hacer comentarios

El facilitador debe tener presente que:

-La meditación inmunológica ha sido una innovación realizada en Costa Rica para luchar en contra del Sida y no es idéntica a la del cáncer de los Simonton.

- Es importante que los participantes lean más sobre el campo del estrés, el cáncer y la inmunidad.

Tema 4: La meditación inmunológico en el Método Simonton

Objetivos: 1-Enseñar a meditar y hacer visualizaciones

2- Reforzar la actitud de que uno controla el cuerpo.

Ejercicio 4: Meditación inmunológica

Duración: 45 minutos

Materiales: grabadora y casete

Procedimiento:

a. Se les pide a los participantes que hagan un círculo y se sienten con la espalda recta y las manos sobre las rodillas.

b. El facilitador debe hablar unos pocos minutos acerca de lo que es la hipnosis, cómo funciona, para que sirve, y calmar los temores que se tienen sobre ella. Entre ellos está el que, cuando se está hipnotizado, se pierde control o puede hacer con uno lo que quieran. De esta manera, los participantes estarán más tranquilos para hacer esta meditación y entenderán mejor el objetivo.

c. Una vez que se ha dado esta explicación, se procede a oir el casete. Es preferible que se apague la luz de la habitación y se corran las cortinas.

Reflexión:

Una vez terminada la meditación, el facilitador coordinará el intercambio de sensacciones y pensamientos sobre el proceso. Debe prestar atención a los siguientes temas:

- La meditación proporciona un sentimiento de bienestar. Sin embargo, en algunos casos, la gente tiene problemas en visualizar la sangre y les da naúsea o temor. Se deben sugerir cambios en las imágenes que utilizan ellos para mirar su cuerpo.

- La meditación da un sentimiento de mayor control. Debe ser realizada diariamente y más cuando la persona se siente mal físicamente. Cuando así se hace aspecto que le ayudará a la persona a salir más rápido de gripes u otras enfermedades más llegará esta a creer en ella y en su poder de controlar su cuerpo. En otras palabras, entre más uso, más efectiva será

- Si los participantes expresan dudas de su efectividad pregúnteles cómo los ha ayudado en el aquí en el ahora. Generalmente, se sentirán más tranquilos después de haberla realizada y eso ya es una señal efectividad.

- Si alguien no pudo realizarla, se ofusó, la terminó antes de tiempo, o se bloqueó, indague acerca de los temores que tiene de perder el control, con respecto a su cuerpo y otros. Recuérdele que esto en sí es información muy valiosa y que una vez que ventile sus temores, podría volver a intentar hacerla en su casa. Para mucha gente, meditar en grupo es muy difícil y es mejor que lo hagan solos.

Tarea

Haga una lista de las comidas que usted considera que le hacen daño y una lista de alternativas que esté dispuesto a consumir durante esta semana. Agregue si pudo complir con esta dierta y cómo le fue con los nuevos alimentos.`

ANEXOS, APENDICES

Sesión 5

Anexo 1

Representación médica

Advertencia:

En ambas situaciones se necesitan tres personas que sepan, con antelación, cómo harán los diálogos.

Sus papeles deben ser el del doctor, el del paciente y el del enfermero. Si en el grupo hay solo un facilitador, escoja entonces participantes que puedan entrenar con tiempo. Un participante, sin que se le informe de lo que se trata el psicodrama, hará directamente su papel de hermano del paciente. Esto es así porque es importante que él narre cómo se siente con este papel, sin saber cuál situación es la más "correcta"

Psicodrama 1

Escena 1

El doctor, con ayuda de su enfermero, ambos vestidos de blanco, inician una operación de pulmón del paciente. Esto lo deben hacer con cierta grosería y demostrando también una relación de jerarquía entre el doctor y el enfermero, que sugiere qu el doctor tiene todo el poder y que la medicina, como institución, suele ser poco democrática. Para hacer la situación más cómica, el paciente deber ser anesteciado con un martillo y el enfermer, cuando opera, equivocarse de lugar.

Para hacer algo lúdica la situación, usarán, durante la operación, martillos, serruchos y otros instrumentos, como jeringas para caballos. Esto con el fin de resaltar el papel de los "instrumentos" y de la medicina "prescriptiva"

El paciente debe vestir una bata blanca y tener una redecilla en su cabello. Está inconsciente durante la operación.

En medio de la operación, el doctor comentará al enfermero que "no hay nada que hacer", que el paciente está todo tomado por el cáncer y que le quedan solos unos tres o cuartro meses de vida. El enfermero hace comentarios de lo mal que se mira todo por dentro.

Una vez fuera del quirófano, el doctor le informa al hermano, que espera afuera , que su hermano está todo tomado, que no se puede hacer gran cosa, que no vivirá más de tres o cuatro meses, y que no le diga la verdad acercade la propagación del cáncer. Le sugiere más bien, que le diga que aunque "está bien", tiene que tomar quimioterapia como precaución. Le recomienda, además, que le pida a su hermano que vuelva a la rutina lo más rápido posible.

El doctor se hace que está muy apurado y que no tiene mucho tiempo para hablar.

(El enfermo pasa con un papel que dice "Unas horas después"

Escena 2

El paciente le pregunta a su hermano acerca de cómo salió la operación y éste le miente, le dice que le sacaron todo el tumor y que no tiene de qué preocuparse y que pronto podrá volver a la casa. El paciente duda de lo que le está contando su hermano, lo que le hace más difícil las cosas.

(El mismo enfermo pasa con una hoja que dice "Unos días después")

Escena 3

El médico recibe en su consultorio al hermano y al paciente. Pregunta muy superficialmente al paciente cómo se siente y le habla de los efectos del tratamiento de quimioterapia que va a iniciar. Le cuenta sobre la pérdida de pelo, los vómitos, los mareos y las diarreas. Recomienda descansar y pregunta si hay algunas dudas.

El paciente pide ir al baño.

Cuando éste se retira al baño, el doctor le dice al hermano que mira al paciente muy mal, que es mejor seguir mintiéndole por ahora, que haga que toda la familia disimule, que no lloren delante de él, que no hablen de la enfermedad y que traten todos de volver a la normalidad.

El paciente regresa.

(El enfermero interrrumpe y dice que hay vaarios pacientes que quieren ver al doctor y éste le dice que en 10 minutos estará con ellos, lo que reduce el espacio de conversación)

El médico evita hablar más y se despide de los dos

Psicodrama 2

Escena 1

El doctor y el enfermero hacen la misma operación pero no se hacen comentarios acerca del estado del paciente. Una vez fuera del quirófano, se le informa al hermano de que el médico quiere conversar pasado mañana en su oficina con él y su hermano

(El paciente pasa la hoja que dice "Días después)

Escena 2

Esta se realiza en la ofician del doctor. Asisten el paciente y su hermano. El médico anuncia que tiene todo el tiempo disponible para conversar con ambos.

El paciente le pregunta al médico acerca de su estado y éste le dice la verdad. El paciente pregunta de cuánto tiempo tiene de vida y el médico le dice que eso dependerá, en gran parte en cómo él responda ante este desafío.

El médico, ahora, desea saber qué pasaba con el paciente durante los 18 meses anteriores al diagnóstico del tumor. Una vez qu el paciente le informa de que su madre había muerto, el doctor indaga acercade que problemas no resueltos y qué afectan aún al paciente.

Una vez aclarado que el paciente tuvo que heredar la responsabilidad de criar a tres de sus sobrinos y que no pudo demostrar debilidad por la muerte de su madre, con el fin de no asustarlos, el médico le explica el por qué de la pregunta.

El galeno habla de la relación que existe entre depresión inexpresada, debilitamiento del sistema inmunológico y la enfermedad. Seguidamente, el médico habla del cáncer como una señal de peligro en la vida del paciente y que éste quien tiene el control para sanar, estabilizarse o progresar hacia la muerte. Se refiere al Método Simonton y sus resultados. Da optimismo, esperanza y control al paciente de su quimioterapia, sino que establece un diálogo para saber qué quiere el paciente.

(El enfermero interrumpe y le dice que tiene un cliente que lo llama. El médico dice que atenderá primero a sus visitantes y que cuando termine con ellos, podrá ver al próximo paciente)

El médico ahora le pregunta al paciente y a su hermano acerca de qué piensa hacer para luchar en contra de esa enfermead. Sugiere que se hagan cambios positivos, que se eliminen tensiones y expresen sentimientos. Lo peor, dice él, sería volver a la rutina. Le indica que esta mañana se le enseñará todo acerca del Método Simonton.

SESION 6

Comunicación sexual

Introducción

En sociedades como la costarricense, el tema de la educación formal sexual es aún un tabú. No existe, hasta la fecha, una política definida con respecto a la educación sexual. Impartirla depende del esfuerzo específico de cada colegio, institución o prsonas. En este campo, no existe un consenso político para implantar un programa de educación sexual, pese a que los estudiantes de colegio y profesores concuerdan en que la educación sexual que se imparte no es suficiente y la calidad, inadecuada.

El hecho que no exista una política definida sobre sexualidad no significa que no haya un enseñanza de lo sexual. El no hablar de ella, por ejemplo, es ya una instrucción que nos dice que es un tema prohibido. Los niños aprenden todos los días temas sexuales y los otros temas de los que sí existe consenso para enseñarles. El que en el colegio se imparta un curso de historia en que el papel de las mujeres ha sido omitido, es ya una enseñanza acerca de la sexualidad y el papel asimétrico de las relaciones entre hombres y mujeres.

La principal fuente de información directa sobre el sexo que tiene los jóvenes es la calle y en el caso de las mujeres, la casa. La instrucción que reciben en el colegio se centra más en información sobre los órganos sexuales o el embarazo. En la casa, tanto para hombres como para mujeres, la fuente principal de información es la madre (Madrigal et, 1990). Se sospecha que la información que pueda suminitrar la madre en el hogar se limita más a los aspectos más generales de la sexualidad. Es en realidad en la calle, con amigos, compañeros o desconocidos, en donde los jóvenes costarricenses reciben respuestas a sus más preocupaciones sexuales.

Esta ausencia de información hace que aún para los heterosexuales, el goce sexual y el deseo sean temas tratados clandestinamente, y más aquellos que no concuerdan con la moralidad cristiana que siempre ha sido hostil al goce

plenode la sexualidad, y sólo reconoce como legítima la relación sexual en el matrimonio (tampoco dice mucho del placer sexual en esta institución).

Si esto es la realidad en la población heterosexual, peor aún es respecto a la homosexualidad. Aún los pocos textos "progresivos" sobre sexualidad para jóvenes en Costa Rica, aducen que la homosexualidad es una enfermedad mental y no se atreven siquiera a discutirla.

Una sexualidad segura de sí misma, en la que el gay sabe lo que disfruta y no tiene temor a manifestarlo, es una con mejores posibilidades para negociar el sexo más seguro. Si la persona puede pedir el acto sexual como lo desea, y lo puede externar directamente, sin rodeos o insinuaciones, es muy probable que también pueda exigir con más firmeza el preservativo.

Pero para ésto, es importante que los que impartan las guías, también puedan tener una amplitud ante la sexualidad de los otros.

Objetivos de los ejercicios

Los ejercicios en estaa sesión pretenden reafirmar la sexualidad como saludable y hacer conscientes a los participantes de los deseos sexuales que tienen y de los problemas que sufren para expresarlos. Estos les ayudará a comprender la sexualidad de los reclusos y promover el uso del condón en la cárcel.

SESION 6

COMUNICACION SEXUAL

Ejercicios

Discusión de la tarea y lecturas anteriores: 15 minutos

Tema 1: ¿Qué quiero, qué me gusta? ¿Busco y comunico lo que quiero?

Objetivo: Que los participantes se interroguen con respecto a sus gustos y preferencias sexuales y analicen si en sus relaciones lo han comunicado.

Ejercicio 1: "Diseño del Arbol"

Duración: 30 minutos

Material: caja, tarjetas, papelógrafos con el árbo, cinta adhesiva, marcadores y lapiceros

Procedimiento:

a. Se les entregan cuatro tarjetas a cada participantes, cada uno tendrá los siguientes títulos:

-lo que más me gusta

-lo que contaría al grupo

-lo que sóloo contaría a mi mejor amigo

-lo que no contaría a nadie

b. Se les piden que llenen estas tarjetas con tres respuestas cada una. Pueden ser aspectos físicos como emocionales. Una vez que las hayan llenado, las depositarán en una caja que irá pasando el facilitador. Este las irá pegando en el papelógrafo del árbol, ordenándolass en cuatro ramas (ver apéndice 2).

c. Cada uno de los participantes para al papelógrafo y lee un grupo de respuestas

Reflexión:

Se hace la reflexión sobre los contenidos que emergieron durante el ejercicio. Comente al grupo la importancia de la comunicación en todos los aspectos en las vidas de las personas, pero sobre todo en el aspecto de la sexualidad.

La sexualidad ha sido una área muy conflictiva en nuestras sociedades occidentales en que se condena el goce y el disfrute sexual, creando sentimientos de verguenza. De ahí que sea importante legitimar las formas de relacionarse sexualmente que resulten agradables e importantes para cada uno.

He aquí algunas preguntas guías:

-¿Cómo se sintieron pensando y expresándose sobre la sexualidad?

-¿Qué tanto se les dificulta hablar de este tema?

-¿Qué tan difícil resulta definir y expresar sus propias preferencias?

-¿Por qué creen que sea así?

- Generalmente se espera que la otra persona adivine nuestros gustos, y si no lo hace nos sentimos resentidos, sin considerar que de no haber comunicación, es difícil saber cómo complacer al otro.

¿Cuántas veces pasaron malos ratos por no haber expresado claramente lo que querían sexualmente?

-¿Cuáles conflictos pueden originarse si no se es claro con lo que se desea?

- El uso del preservativo es fundamental para el sexo menos riesgoso, ¿cuáles preferencias sexuales favorecen su uso, y cuáles no?

-¿Qué relación podemos encontrar entre: comunicación sexual-autoestima- sexo con menos riesgo?

Tema 2: Ampliación de los conceptos de sexualidad y erotismo

Objetivo: 1. Hacer conscientes a los participantes de la necesidad de tener una mente amplia con respecto a la sexualidad propia y la de los demás

2. Ponerlos en el lugar de las minorías con las que irán a trabajar

Ejercicio 2: "La Inquisición"

Duración: 40 minutos

Materiales: Togas negras para jueces, papel y lapiceros

Procedimiento:

a. Se divide al grupo en tres. Los dos primer grupos se deberán elaborar una lista de las prácticas sexuales que se consideran sucias y prohibidas. Al mismo tiempo, en forma anónima, cada grupo elige una persona que hará el papel de un acusado de haber pecadol

b. El tercer grupo hara el papel del Tribunal Inquisidor y recibirá la lista de delitos sexuales, impondrá los castigos y obtendrá, de forma anónima, los nombres de los acusados.

c. Los acusados, sin saber quién los delató, hacen su propia defensa ante el Tribunal, que luego de ésta, dictará sentencia.

Reflexión

Se hace la reflexión considerando los elementos más sobresalientes en las historias que elaboraron. He aquí algunas preguntas guías:

-¿Cómo se sintieron haciendo el ejercicio?

-¿Como se sentirían si fueran evaluados por otros con respecto a su vida sexual?

-¿Como y en base en qué se debe determinar lo que es bueno sexualmente?

-¿Consideran que el estado o la religión basan sus condenas con argumentos racionales?

Es importante comentar al grupo cómo culturalmente prevalece en nuestra sociedad el modelo de heterosexual y dentro de éste, el de satisfacción masculina (excitación, penetración, orgasmo), como el que debe ser la pauta para

todos los demás. Pero la sexualidad, como hemos visto, es muy amplia y tiene muchos matices, ésto lo que hace ignorar y perseguir a las minorías sexuales.

Tema 3: El uso del condón

Objetivo: 1. Analizar los mitos y las excusas para no usar el condón y hacer propuestas para erotizarlo.

2. Comprometer a los participantes a promover el condón en las cárceles.

Ejercicio 3: El show de Cristina

Duración: una hora

Materiales: sillas, papelógrafos, marcadores de colores, cartulinas de colores, revistas, tijeras, pegamento, condones, lubricantes

Procedimiento:

a. Diga al grupo que este ejercicio consiste en representar el programa de televisión "El Show de Cristina", que como muchos sabrán, consiste en un panel televisando en el que los expositores presentan diferentes posturas ante un mismo debate y son entrevistados por una periodista en busca del debate contando también con la participación del público por medio de preguntas directas a los entrevistados.

Esta representación incluirá también los comericiales, que serán únicamente de preservativos y de lubricantes.

b. Divida al grupo en tres equipos. Cada equipo trabajará en preparar un guión de acuerdo con sus experiencias eróticas personales con respecto a cómo hacer del condón un objeto erótico. Así mismo, cada equipo nombrará un representante quien actuará como panelista.

c. Los tres equipos deberán elaborar los guiones para sus representantes en forma amena y creativa, es decir, hacerlos divertidos, inventando para el representante un personaje que sea bien caracterizado. El resto de cada equipo participa en los comerciales y como público asistente.

d. Los guiones de dos de los equipos, se orientarán a hacer del condón un objeto erótico, en forma tal que el público se convenza de que el condón, además de proporcionar seguridad, puede dar placer.

e. El equipo restante hará un guión que refleje las creencias de aquellas personas a las cuales no les gusta, por diversos motivos- el preservativo. Deberánnn exponer estas actitudes pero también propuestas para buscar otras alternativas eróticas, que aunque no requieren el uso del preservativo, sean seguras.

f. Una vez que han terminado de escribir el guión, pídales a cada equipo que diseñan un comercial para una determinada marca de condones y lubricantes, con los materiales que hay a su disposición: preservativo, lubricantes, revistas, cartulinas, marcadores, etc.

g. Pasan los panelistas al plenario y se da inicio al programa; el facilitador pide a cada uno que se presente y exprese su posición. El facilitador interrumpe cuando considera adecuado para los comerciales y cada equipo representa el suyo, en cada uno de los tres cortes que se harán. Al final, el facilitador motivará al público para que participe con preguntas.

Reflexión:

El facilitador debe promover una reflexión sobre este ejercicio y el taller en general, procurando que todos se expresen. Es importante que comenten cómo se sintieron durante el ejercicio si estaban o no de acuerdo con la postura que les tocó representar.

Es importante que el facilitador enfatice la dimensión psicológica del rechazo hacia el preservativo. O sea de que el rechazo depende más de la actitud de la personas hacia las prácticas sexuales distintans. Haga un cierre al final que comprenda todos los temas analizados, relacionándolos con promover el sexo seguro.

Tarea

Lectura del artículo de Jacobo Schifter, El peligro de transmisión del Sida en la cárcel (Apéndice 1)

SESION 7

Alcoholismo

Introducción

El Comité sobre Alcoholismo y Depedencia de las Drogas, de la Asociación Médica Norteamericana, define el alcoholismo como una enfermedad en la cual se presenta ansiedad por el alcohol y pérdida de control sobre su consumo, como un tipo de dependencia que puede causar daño a la salud de la persona o interferir su habilidad para trabajar y para avenirse con los demás.

Hasta hace pocos años, se creía que el alcoholismo era una conducta asociada con problemas emocionales en que la persona incapaz de resolverlos, recurría al alcohol como solución. Hoy en día, sin embargo, al alcoholismo se le concibe de manera diferente. Se le define como una enfermedad médica que resulta de varias predisposiciones biológicas, y que es progresiva al punto de llevar a la persona a la incapacidad o a la misma muerte.

Existe también un tratamiento para el alcoholismo que consiste en una combinación de apoyo en un centro especializado y la participación en los 12 pasos de los grupos de Alcohólicos Anónimos. Mucha gente logra recuperarse solo con los 12 pasos o por su propia iniciativa.

Se sabe ahora que en un 10 o 20 por ciento de la población, existe una predisposición biológica heredada hacia el alcoholismo. Esta gente metaboliza en su cerebro el alcohol en forma diferente a los demás, lo que los hace disfrutar más de tomar y también los hace sufrir de más fuertes necesidades cuando dejan de hacerlo. La investigación continúa en esta área y aún no están del todo claros los mecanismos para explicarlo. Pero esto explica el por qué unos pueden beber socialmente por años sin convertirse en alcohólicos y otros, desarrollan serios problemas tan pronto empiezan a tomar.

En la etapa más temprana de la enfermedad del alcoholismo, el bebedor siente que su conducta social más bien mejora. Se siente bien y disfruta de la vida. En la etapa intermedia, la persona necesita tomar para funcionar, ya sea en el campo social, el profesional o el efectivo. La tolerancia se desarrolla, o sea se necesita cada vez más licor para obtener el mismo estado.

En la etapa más avanzada, el alcohólico no puede funcionar. Generalmente, pierde su empleo, sus pertenencias, su familia, y se deteriora físicamente, desarrollando enfermedades como la sirrosis, la neumanía, o enfermedades cardiovasculares. Además, se incrementa la mortalidad por suicidios, accidentes automovilísticos y otros como ahogarse.

El tratamiento para el alcoholismo siempre involucra la abstinencia total. El alcohólico no es capaz de beber. "solo un traguito" o hacerlo solo de manera social. El tratamiento más efectivo es el que proporciona el grupo de Alcohólicos Anónimos (Ver apéndice 1).

¿Qué tienen que ver el alcohol y las drogas con el Sida?

El alcohol y las drogas no causan el Sida. Sin embargo, en la actualidad, es muy común que mucha gente se infecte con el virus del Sida como consecuencia del uso de éstas.

Las razones son tres:

1. Al compartir agujas o jeringas, el virus del Sida se transmite de la sangre de una persona a la de la otra. Esta es la manera más directa de contraer el virus. Es por eso que muchas personas que usan heroína, cocaína y anfetaminas contraen el Sida.

2. A veces, el uso del alcohol o de drogas lleva a la gente a hacer cosas que normalmente no haría. Muchas personas, por ejemplo, mueren en accidentes automovilísticos debido a que la ingestión de alcohol les impide conducir de la mejor manera posible. Algo similar sucede con el sexo y el Sida. La gente sabe que el Sida se transmite por la vía sexual, cuando hay penetración sin usar el condón (preservativos) o cuando éste se usa incorrectamente. No obstante, el hecho de que las personas posean este conocimiento no es suficiente para evitar la infección con el virus del Sida, ya que distintos estudios científicos demuestran que es menos probable que una persona use el condón al encontrarse bajo la influencia del alcohol o las drogas. Esto es válido, tanto si la persona consume alcohol o drogas intensivamente, como si lo hace ocasionalmente.

3. El uso de alcohol y de drogas no es saludable , daña el cuerpo humano y el sistema de defensa del organismo. Todos necesitamos el sistema de defensa para combatir infecciones. Si la persona está infectada con el virus del Sida es necesario que su sistema de defensa se mantenga lo más fuerte posible.

En vista de lo anterior, de la misma manera en que es necesario concientizar a la gente de que si toma no maneje, así mismo, en el campo del Sida, hay que hacerlo con respecto al alcohol, las drogas y el sexo.

SESION 7

Alcoholismo y farmacodependencia

Ejercicios

Discusión de la tarea: 10 minutos

Tema 1: Todo lo que usted debe saber sobre el alcoholismo y las drogas.

Objetivo: 1. Compartir el conocimiento necesario para poder entender sobre el alcoholismo y las drogas en forma magistral.

2. Ayudar a que los participantes tomen conciencia de cómo la prisión los hace más vulnerables a la dependencia.

3. Que los técnicos analicen sus propios problemas con la dependencia con el fin de que puedan ayudar a otros.

Ejercicio 1: Charla y diálogo con un alcohólico

Duración: una hora

Materiales: ninguno

Procedimiento:

a. Los siguientes tópicos serán presentados brevemente con amplio margen para preguntas por el facilitador (los primeros seis) o por el miembro del grupo AA de Costa Rica. En caso de que no haya la posibilidad de que un alcohólico o drogadicto hable, divida al grupo en parejas para que todos conversen sobre estos problemas de alcohol o farmacodependencia:

1. Alcoholismo: el concepto de la enfermedad

2. Los mitos más comunes sobre el alcoholismo

3. Algunas de las drogas más utilizadas en Costa Rica y sus propiedades:

-Cocaína, Crack y bazuco

-Mariguana

-Tranquilizantes

-Anfetaminas

-Analgésicos

-Pastillas para dormir

-Heroína

4. El curso del alcoholismo y la adicción a las drogas en términos del modelo de la enfermedad.

5. La relación de las drogas y el Sida

6. Alternativas de ayuda en Costa Rica

7. Mi experiencia personal como alcohólico

8. ¿Cómo funciona AA?

b. El representante del grupo de AA introducirá el tópico de los factores que hacen que las minorías sean más vulnerables al pedirá que hable de un caso de un amigo que bebe o toma drogas.

Reflexión:

El facilitador puede guiar la discusión en algunas de las siguientes áreas:

1. La autoestima de los privados de libertad ha sido más difícil de establecer por los años de tener que estar en prisión.

2. Los privados de libertad tienen menos alternativas sociales que los demás.

3. Los privados de libertad no cuentan con el mismo apoyo de sus familias y están más solos para enfrentar los problemas, inclusive el del alcohol y las drogas.

Tema 2: Calificándonos

Objetivo: Que los participantes tomen conciencia de si tienen problemas con las drogas o con el alcohol.

Ejercicio 2: El cuestionario de alcoholismo

Duración: 15 minutos

materiales: test de señales de alcoholismo del anexo 1.

Procedimiento:

a. Los participantes llenarán en forma privada y para su uso exclusivo, el cuestionario sobre alcoholismo y drogas. Tienen diez minutos para hacerlo.

b. Una vez llenado el cuestionario, se deposita, sin nombre o forma de identificarlo, en una caja

Reflexión:

El cuestionario tiene una escala de puntos que señala si existen problemas con el alcohol. Los participantes podrán hacer privadamente su evaluación y el facilitador debe mencionar nuevamente la alternativa de acudir al grupo de AA.

En el caso de la prisión, es posible que la ingestión de licor esté muy controlada. Sin embargo, se sabe que existen posibilidadess de tomar y de conseguir alternativas, como lo son las pastillas tranquilizantes o la coca. Mucho de los que salen con permisos, suelen emborracharse y hay que tener en mente que no es la cantidad de alcohol o drogas lo que hace al adicto sino su necesidad de ellas para funcionar.

Tema 3: La negación del problema

Objetivo: Hacer concientes a los participantes que la dependencia es muy negada y que el primer paso es reconocerla

Ejercicio 1: Dejando de negar

Duración: Media hora

Materiales: marcadores, papelógrafos

Procedimiento:

a. Divida al grupo en dos. Cada uno debe reunirse y conversar sobre las excusass que daría un alcohólico para negar el problema. Estas las apuntan en un papelógrafo. Seguidamente en otro papelógrafo, se escribe una respuesta a cada una de estas excusas. Por ejemplo, si la excusa es "yo bebo soloo a veces" la respuesta podría ser "no es el número de veces el único factor del alcoholismo"

b. Ambos grupos pasan a plenario y exponen la lista de excusas y las razones por las que éstas ocultan la realidad de la dependencia

Reflexión:

El facilitador debe hacer ver que el alcoholismo o la dependencia son aquellas enfermedades en que la persona empieza a depender de la substancia para sentirse bien y que no necesariamente implica, en las primeras etapas, transtornos evidentes físicos o mentales. Analice las diferentes formas de negar de que el problema existe y cómo uno de los pasos más difíciles y fundamentales para un alcohólico o dependiente, es reconocer su problema existe y cómo uno de los más difíciles y funadmentales para un alcohólico o dependiente, es reconocer su problema. Esto es así orque reconocer que el problema existe significa que hay que dejar el alcohol y la droga y esto asusta al individuo dependiente. Indague cuáles podrían ser los temores a abandonarlas.

Tema 4: Ventajas de la dependencia

Objetivo: Discutir sobre las ventajas iniciales que da el alcohol y las drogas y proveer alternativas para obtenerlas por otros medios.

Ejercicio: Tiros de penal

Duración: 30 minutos

Materiales: papelógrafos y marcadores

Procedimiento:

a. Se les pide a los participantes que presentan su caso, si así lo desean. O el de alguien que conocen, que haya tenido problemas conb el alcohol o las drogas. Cada persona que hable deberá mencionar los siguients aspectos: usaba y cuán frecuentemente?

¿Cuáles beneficios iniciales dan las drogas? (Ejemplos: excitación, entretener, seguridad, etc).

2. ¿Cómo cambiaba la conducta de la persona una vez que se intoxicaba?

3. ¿Qué cambios ocurrieron en el curso del tiempo, como por ejemplo, en unos meses?

4. ¿Cuál era el impacto de la conducta de esa persona en su familia, amante o amigos?

5. ¿Qué efectos vio usted en la relación con esa persona que tuvo su bebida o consumo de drogas o más largo plazo?

En otras palabras ¿cuáles fueron los costos de la dependencia?`

6. ¿Afectabab el alcohol o las drogas la conducta sexual?

7. ¿Cuáles esfuerzos se hicieron para hacer que la persona buscara tratamiento y si éstos sirvieron?

8. Si la persona fue a tratamiento, ¿cuáless fueron los resultados?

b. Una vez que hayan terminado la discusión, se divide el grupo en dos equipos y cada uno elabora un papelógrafo con una lista de ventajas de la droga y pasan a plenario

c. Ahora, se inicia una competencia de "tiros de penal". Cada participante de los dos grupos pasará a leer una ventaja escrita en su papelógrafo y un representante del grupo contrario debe negar que ésta sea una ventaja y dar una alternativa.

d. Los facilitadores harán el papel de árbitros y determinar cuáles respuestas son acertadas. Se califica únicamente a las respuestas y no a las ventajas. Las respuestas correctas recibirán 5 puntos.

Gana el equipo con más puntos.

Solo se dará puntaje a las respuestas que den alternativas concretas a una ventaja de la dependencia. Los árbitros deben explicar por qué descalifican una respuesta.

Reflexión:

Las personas consumen drogas o alcohol porque éstas dan ciertas ventajas iniciales como relajar, desinhibir, excitar, vencer la tímidez, adaptarse al grupo, participar de lo que otros hacen y muchas más. Es muy importante no perder la vista este aspecto y tomar conciencia que la gente no recurre a ellas solo por inercia.

Sin embargo, el costo a largo plazo- como se ha hecho evidente- es siempre mayor que cualquier ventaja.

De ahí que los participantes deben contemplar alternativas para obtener estas ventajas sin necesidad de las drogas.

La conexión entre Sida y drogas, debe insistirse en este apartado ya que la intoxicación es una de las avenidas principales para el contagio.

Anexo 1

Sesión 7

Alcoholismo

Test de señales del alcoholismo

1. ¿Bebe usted o toma drogas después de una desilusión,

pelea, o cuando el jefe le hace pasar un mal rato? SI NO

2. Cuando usted tiene problemas, o se siente presionado, ¿usualmente bebe o hace alguna droga? SI NO

3. ¿Ha notado usted que tiene más aguante para el

licor o para la droga que cuando empezó? SI NO

4. Cuando se despierta el día después de una borrachera

o haber hecho drogas, ¿descubre que no se acuerda de lo

que hizo la noche anterior, a pesar de que sus amigos

le dicen que usted no se desmayó o perdió el conocimiento? SI NO

5. ¿Cuando bebe o hace drogas con otros, ¿trata de tomar

unos cuantos tragos o hacer algo de droga de más a

espaldas de ellos? SI NO

6. Se siente usted incómodo en ciertas ocasiones porque

no hay alcohol o drogas? SI NO

7. ¿Ha notado recientemente que cuando usted empieza a

beber o usar drogas, tiene más prisa que antes por

tomarse el primer trago o hacer la primera subida?   SI   NO

8. ¿Se siente a veces un poco culpable por su bebida o su

consumo de drogas?   SI   NO

9. ¿Se siente irritado internamente cuando su familia

o amigos empiezan a discutir sobre su bebida o consumo

de drogas?   SI   NO

10. ¿Ha notado a veces que usted quiere seguir tomando

o haciendo drogas después de que sus amigos dicen que   SI   NO

ya tuvieron suficiente?

11. ¿Tiene usted una buena razón para las ocasiones en

que bebe o hace droga excesivamente?   SI   NO

12. ¿Ha notado un aumento reciente de los episodios en

que pierde la memoria?   SI   NO

13. Cuando sobrio, ¿lamenta a veces lo que hizo o dijo

tomando o intoxicación?   SI   NO

14. ¿Ha tratado usted de cambiar de licores o una

substancia por otra, o hecho planes para controlar su

consumo   SI   NO

15. ¿Ha usted fallado consigo mismo en cuanto a sus

promesas de controlar el consumo o la bebida? *SI NO*

16. ¿Ha tratado usted de controlar su bebida por medio

de intentos de cambiar de trabajo o de barrio? *SI NO*

17. Mientras bebe o hace drogas, ¿trata de evitar a

amigos o miembros de su familia? *SI NO*

18. ¿Está teniendo un número mayor de problemas

económicos o laborales? *SI NO*

19. ¿Más gente, sin ninguna razón, lo está tratando

injustamente? *SI NO*

20. ¿Come poco o muy irregularmente cuando bebe? *SI NO*

21. ¿Tiene a veces escalofríos en la mañana y siente

que necesita un trago o droga para quitárselos? *SI NO*

22. ¿Nota usted que últimamente no puede tomar o

hacer tanta droga para quitárselo? *SI NO*

23. ¿Se mantiene algunas veces tomando o haciendo drogas

durante varios días? *SI NO*

24. ¿Se siente a veces sumamente deprimido y que no vale

la pena vivir?   SI   NO

25. Algunas veces después de tomar o hacer drogas, ¿oye

o ve cosas que no existe?   SI   NO

26.¿Se siente muy temeroso después de tomar o hacer

drogas excesivamente?   SI   NO

**Si usted ha contestado positivamente alguna de estas preguntas, tiene ya algunos síntomas que indican una adicción al alcohol u otras drogas. Si ha respondido sí a más de una, ésto indica que usted está en las siguientes etapas de alcoholismo o dependencia: Preguntas de 1 al 8: etapa inicial, preguntas 9-21: etapa media, preguntas 22-26: principios de la etapa final. Si desea ayuda, llame a Con Voz: 22-30-47*

SESION 8

Prevención

Introducción

La prevención es la capacidad de aceptarse y quererse, de atender los deseos y necesidades y de que los demás los respeten. Esto significa que hacer prevención es también aprender a escuchar. Muchas veces creemos que la prevención significa controlar a los demás, o hacer que ellos hagan lo que queramos. Otros pensamos que significa hacer que los demás nos obedezcan.

Muchos piensan que la prevención es sólo dar la información.

La prevención es una manera de vivir prestándole atención a las necesidades.

No podemos hacer prevención si no tomamos, en cuenta las necesidades de las personas a quienes queremos dirigirnos. Si vamos a realizar una campaña de prevención en la cárcel, tenemos que oir sobre los problemas, las creencias, las aspiraciones de los reclusos. Y tenemos que aceptar que son ellos mismos los que deben tomar control de su campaña de prevención. Si no contamos con su participación, les estamos robando el poder. Los grupos sin poder no pueden defenderse efectivamente de ninguno de los peligros que los acechan.

Para lograr una campaña de prevención con la participación de todos, los técnicos y agentes de seguridad, deben entender sobre la necesidad de la participación de todos en la prevención.

SESION 8

Poniendo en práctica la prevención

Ejercicios

Tema 1: ¿Qué es la prevención?

Objetivo: Construir grupalmente una definición de prevención que incluya la totalidad del sistema.

Ejercicio 1: "Definiendo la prevención"

Duración: 25 minutos

Materiales: papelógrafo con la frase "Prevenir es contar con las habilidades, conocimientos, recursos y disposición que nos permita controlar nuestra vida", marcadores.

Procedimiento:

a. Pegue un papelógrafo con la palabra PREVENCION en la parte superior y deje espacio suficiente para escribir varias ideas, pídales que durante un momento reflexionen en silencio sobre el significado de esta palabra. Pida que alguno de ellos pase al frente y vaya anotando en el papelógrafo todas las ideas que surjan de sus compañeros.

b. Una vez que se han escrito varias palabras o ideas relacionadas con LA PREVENCION, solicite que el grupo formule una definición de ella que las resuma.

c. Pegue ahora el papelógrafo con la definición de prevención: "Contar con las habilidades, conocimientos, recursos y disposición necesarios para adquirir control sobre la propia vida" y pídales que comenten las diferencias y semejanzas entre ambas.

Reflexión:

El facilitador debe solicitar que analicen las concordancias y diferencias, si las hay, entre esta definición y la que ellos construyeron grupalmente.

Tema 2: ¿Cuáles situaciones limitan y cuáles le sirven al técnico pra hacer la prevención?

Objetivo: Reflexionar sobre la situación de los técnicos y agentes de seguridad en las cárceles y las formas en que podrían ejercer más poder en la campaña preventiva.

Ejercicio 2: "Noticiero Popular"

Duración: 30 minutos

Materiales: papelógrafos, hojas blancas, lapiceros

Procedimiento:

a. Divida al grupo en tres. Uno deberá elaborar "cables periodisticos" acerca de los factores -psicológicos, materiales, sociales, religiosos y otros- que le restan poder al técnico de para hacer la prevención. Además, este primer noticiero debe tratar aspectos del contagio con el VIH y la discriminación que sufren los privados de libertad por ello. El otro noticiero será positivo y tratará temas de la organización, cultura, sociedad de la cárcel y de los instrumentos que tienen para ejercer poder. Este segundo noticiero debe dar énfasis a los pasos positivos

Tema 3: ¿Cómo ejercemos el poder?

Objetivo: Comentar y analizar diversas maneras directas o indirectas en que se ejerce el poder, y buscar alternativas nuevas.

Ejercicio 3: Debate legal

Duración: 30 minutos

Materiales: toga negra para el juez.

Procedimiento:

a. El grupo tercero que se formó en el ejercicio anterior debe encargarse de preparar un juicio en contra un agente de seguridad, al que es acusado de promover el homosexualismo por repartir condones en la cárcel.

b. Uno de los participantes debe hacer el papel de la acusación, y el otro a la defensa, que luchará por evitar que se cometa una injusticia. Un tercero de ellos debe quien dará el uso de la palabra y tendrá el poder de dar lugar o no a las intervenciones del fiscal y abogado defensor.

c. Pida a tres voluntarios de los participantes que hicieron los noticieros que sirvan de jurado.

d. Los voluntarios pasan al frente del grupo para realizar el debate. Cada parte tiene diez minutos para presentar sus argumentos, y 10 minutos posteriores para refutar los argumentos opuestos.

e. El jurado tiene 5 minutos para deliberar y dar su sentencia a favor o en contra de la ley, haciendo explícita sus razones.

f. Una vez concluida el debate y la sentencia, se les pide a los defensores, a los atacantes, al jurado y a los espectadores que compartan sus sentimientos en el proceso.

Reflexión:

Existe mucha ambivalencia con respecto al uso de los condones en la cárcel y el ejercicio sirve para sacar afuera las dudas y actitudes al respecto. El simple hecho de defenderse, organizar el caso y exponer las razones del por qué la acusación es injusta, le brinda a los participantes una oportunidad de ejercer poder y luchar por sus creencias. El ejercicio brinda una gran oportunidad para que los participantes compartan sus experiencias compartan en este campo y se den cuenta que tienen mucho camino por recorrer.

Ejercicio 4: El Consejo Directivo

Duración: 30 minutos

Materiales: papelógrafos y marcadores

Para el facilitador:

Antes de desarrollar el ejercicio haga el siguiente comentario al grupo. En años recientes, en varios países se han estado desarrollando organizaciones no gubernamentales para hacer la prevención del Sida.

La aparición del Sida ha favorecido, de alguna manera, el surgimiento y crecimiento de programas orientados a estos centros y a la población penal en general.

Procedimiento:

a. Divida al grupoo en tres equipos del ejercicio anterior.

b. Los dos primeros grupos representará al "Consejo Directivo" de una asociación de lucha contra el Sida en el centro penitenciario. Esta asociación acaba de recibir 2 milllones de colones para su primer año de funcionamiento.

El Consejo Dirctivo tiene la responsabilidad de determinar las prioridades para el centro, en términos de elegir los programas en los que se invertirá ese dinero y por qué razones. Algunos ejemplos de posibles programas son: prevención y/o educación en Sida, asesoría en alcoholismo, eventos sociales, terapia de pareja, terapia individual o grupal, etc. A la vez, los dos grupos deben traer sugerencias para obtener más dinero.

c. Los equipos deberán desarrollar un "programa" cada uno, escribirlo en un papelógrafo y presentarlo en el plenario, para ser analizado pro tres miembros de una supuesta fundación donante.

d. La asociación donante (el tercer equipo) debe analizar ambos proyectos y deliberar por cinco minutos acerca de cuál es el mejor proyecto que recibirá la donación. En su fallo, deben explicar sus razones.

Reflexión:

Pensar en cómo manejar una cantidad importante de dinero para la comunidad gay es una forma de tomar conciencia de las necesidades en el campo del Sida y otros temas afiches. A la vez, sirve el papel de activista en el campo del Sida y se interesan por lo que se está para explorar las razones del porqué la gente se involucra o no en la prevención y en el cuidado de pacientes de Sida y de los beneficios que se obtienen de la lucha política: solidaridad, sentimiento de poder, eficacia, alternativa social y muchos otros.

Ejercicio 5: Otras formas de involucrarse

Duración: 20 minutos

Materiales: papelógrafos, marcadores

Procedimiento:

a. Siguiendo la tónica del ejercicio anterior, se pide a los participantes que hagan una lista de las cualidades que tienen los técnicos y agentes de seguridad y les sirven para ejercer poder.

El facilitador puede dar el ejemplo de que ellos, en vista de su exposición al peligro, son a veces buenos observadores y que esta cualidad les sirve para participar activamente en una campaña de prevención. El hecho de que estar trabajando en una prisión los hace personas muy fuertes, que no se amendratan con cualquier cosa. La idea del ejercicio es que los participantes se involucren en la campaña de prevención, ya sean abogados, trabajadores sociales, psicólogos, agentes o conserjes.

b. El facilitador va anotando todas aquellas cualidades que los que laboran en prisión desarrollan y que les sirven para participar en la prevención.

Reflexión:

Durante el proceso de reflexión comente al grupo que como han podido encontrar ellos mismos, existen diferentes formas hacer prevención, algunas directas y claras, como por ejemplo, poder dar órdenes y otras indirectas, como servir de ejemplo sexo seguro.

Encamine la reflexión haciendo comentarios sobre la nota anterior, y haciendo algunas preguntas como:

- ¿Qué tan difícil les resultó encontrar formas en las que ustedes ejercen la prevención?

- De las formas de poder propuestas, ¿cuáles son directas y cuáles indirectas? ¿De cuáles hubo más?¿Cuáles involucran a más técnicos y agentes?

- Hemos visto que la gente mira la prevención como un asunto muy individual o aislado, ¿por qué cree que es así?

Tema 6: Concluyendo

Objetivos: Evaluar el impacto de los talleres y concluir el módulo

Ejercicio 5: Postest

Duración: 45 minutos

Materiales: Cuestionario y lápiceros

Procedimiento:

a- Distribuya los cuestionarios y pídales que los llenen en silencio.

b- Una vez que hayan concluido, pídales a los participantes que planeen su fiesta de graduación, en la que se les entregará los diplomas de conclusión de los talleres. Sugiera que algunos, o todos, preparen un discurso que resuma sus experiencias.

c- Concluya con unas palabras sencillas y agradezca la participación en los talleres. Deje que los participantes evalúen el módulo y su papel como facilitador. Apunte las observaciones.

Nota para el facilitador:

Motive a los participantes para que continúen, en alguna forma, integrados en un lugar de trabajo, en la prevención del Sida.

LECTURAS

LOS PRINCIPIOS DE LA METODOLOGIA HOLISTICA

¿Qué significa facilitar?

Todos hemos tenido la experiencia de estar involucrados con otras personas en algún tipo de grupo con un propósito especial: las asociaciones de padres de familia, de profesores, de estudiantes; los grupos juveniles de la iglesia, del barrio o de la comunidad, o en el mismo grupo familiar. En algunos de los grupos a los que hemos pertenecido probablemente nos hayan nombrado para ejercer una de función de liderazgo, ya sea coordinando una conferencia, planeando una fiesta de cumpleaños, actuando como persona-recurso en un grupo de trabajo, o representado a la comunidad en algun proyecto. Cada una de estas funciones de liderazgo varían de acuerdo con la formalidad y la cantidad de autoridad que implica el papel.

Existe una variedad de maneras de ejecutar las funciones de liderazgo. Muchos grupos designan a una persona como su líder y esa persona asume entonces la responsabilidad de lo que ocurre en las reuniones. Se le ha otorgado el poder de tomar la iniciativa y la responsabilidad de convocar a sus miembros, de actuar como presidente, de elaborar las agendas y quizás hasta de tomar las decisiones de operación de todos los días. El líder o la líder tiene así un gran poder sobre el grupo y es más un director que un miembro más del grupo. Es ésta una de las formas más comunes de liderazgo.

Una alternativa, sin embargo, es la de compartir con todo el grupo las funciones de liderazgo y que todos asuman estas responsabilidades. Este manual se refiere al trabajo con este tipo de grupo, en el que todos participan y comparten responsabilidades. El tipo de liderazgo que describiremos, el de un facilitador, está orientado a ayudar para que el desempeño del grupo sea más efectivo por medio del aprovechamiento de las habilidades y las potencialidades de todos los miembros.

El término "facilitación" ha sido usado de diferentes maneras por diferentes personas. Nosotros usamos el término para referirnos a cierto tipo de papel que se desempeña, con una serie de principios, dentro de un grupo.

Los valores en los que creemos:

La facilitación, como lo describimos, funciona mejor cuando ciertos valores son aceptados y practicados no sólo por la persona que facilita sino también por la totalidad del grupo. La persona facilitadora tiene la responsabilidad no solamente de demostrar estos valores con su propia manera de actuar, sino también de fomentarlos en el grupo en el que desempeña su papel:

A. Democracia: *Cada persona tiene el derecho de participar, sin ningún obstáculo, en cualquier grupo del cual sea miembro; la guía de cada sesión es flexible y se negocia entre el facilitador y los participantes; la agenda, diseñada para llenar las necesidades de los participantes, está sujeta a cambios; y durante el período de tiempo en que el facilitador trabaja con el grupo, no funciona una estructura organizativa jerárquica.*

B. Responsabilidad: *Cada persona es responsable de su propia vida, experiencias y comportamiento.*

Esto incluye el deber de tomar responsabilidad por la participación que uno tiene en cada sesión. Como facilitador, usted es responsable de los planes que tenga, lo que haga, y como ésto afecta el contenido, la participación y el proceso de cada sesión.

También es responsable de usted mismo y de lo que le pase. Además, debe ser sensible respecto a cuánta responsabilidad están preparados a cuánta responsabilidad está preparados y son capaces de tomar los participantes pueden ir aumentando sus niveles de responsabilidad.

C. Cooperación: *El facilitador y los participantes trabajan juntos para alcanzar los objetivos colectivos. (Se puede decir que el liderazgo es algo que se hace para un grupo; la facilitación es algo que se hace con un grupo).*

D. Honestidad: *En su trabajo con un grupo, usted como facilitador debe representar honestamente sus propios valores, sentimientos, intereses y prioridades. Debe dar un ejemplo de honestidad a todos los participantes. Esto también quiere decir que debe ser honesto con el grupo y con usted mismo respecto a sus habilidades. Debe representarse justamente y no tratar de ir más allá de lo que su capacidad le permita.*

E. Igualdad: *Cada miembro tiene algo qué contribuir al grupo y se le debe dar la oportunidad para hacerlo; usted (el facilitador) debe entender que puede aprender tanto de los participantes como ellos de usted. (Al mismo tiempo, cualquier participante tiene el derecho de escoger no participar en algúnh tema de una reunión).*

¿Qué hace un facilitador?

En el tipo de grupo descrito anteriormente, el trabajo del facilitador consiste en estimular la labor conjunta, haciendo evidente que la gente pueda trabajar mejor cuando lo hace unida. También aspira a que los miembros del grupo alcancen los objetivos de cada sesión.

El facilitador debe contar con que cada miembro del grupo pueda compartir la responsabilidad para la buena marcha del grupo, ya sea llamando a los miembros para recordarles la próxima reunión, asegurándose de que cada persona

tenga la oportunidad de contribuir a la discusión o vigilando que los ejercicios cumplan con los propósitos del grupo. Esto asegura que la responsabilidad del triunfo o del fracaso del grupo sea de todos. A la vez, permite que más personas tengan control de las decisiones y las actividades del equipo.

Como facilitador usted puede afectar la dinámica de la discusión según el modo en que presente su información, el tipo de atmósfera que establezca (abierta vs. cerrada. superficial vs. intensa) y por la actitud que muestre hacia las jpersonas con las que está trabajando. Una simple señal no-verbal, por ejemplo, como el lugar donde se sienta, puede afectar, el grado de comodidad de las personas durante la presentación: si el coordinador se para frente al público, el cuál está sentado en filas, y además se coloca detrás de un estrado o de un escritorio, crea no solo una distancia de espacio sino una también emocional; los demás son menos capaces de desafiarlo y él está protegido para escuchar lo que dicen. Además, la atención de ellos está centrada primeramente en el orador y no en ellos mismos, lo que les resta autoridad.

Por otra parte, si el facilitador puede sentarse con los participantes a su alrededor, equipará físicamente las relaciones y facilitará la interacción. El propósito de su papel como facilitador es compartir la información y no convertirse en el experto en su grupo.

Siendo abierto a las preguntas y permitiendo la retroalimentación puede no sólo alcanzar más simetría sino también aprender algo de los otros miembros del grupo.

CODIGO DE RESPONSABILIDADES: ETICA PARA FACILITADORES:

Hay muchas maneras para usar incorrectamente el papel del facilitador. Muchas veces esto sucede sin que el grupo ni el facilitador se den cuenta.

Pensamos que es su responsabilidad evitar cualquier abuso con su papel de facilitador. Mantener su integridad es mucho más fácil si reflexiona acerca del siguiente código de responsabilidades y lo discute con los otros facilitadores.

A. No es suficiente que sólo usted tenga los valores de cooperación e igualdad. La mayoría de las personas están acostumbradas a participar en grupos donde una persona actúa como líder y donde esa persona es tratada como alguien importante y con un poder especial por estar más informada. A menos que el grupo entienda su papel probablemente lo percibirá a usted como una autoridad y permitirá que los guíe excesivamente. Es importante que usted se baje de su "pedestal" y deje que el grupo lo vea como un ser "humano".

Esto se llama "desmitificar" su papel como facilitador. Lo puede hacer de muchas maneras: una es explicando que usted tiene las mismas destrezas que todos los demás y que la única diferencia es su mayor experiencia; otra es explicando el por qué de cada ejercicio y de cada tema: esto ayuda a que usted se vuelva accesible al explicar la lógica de sus acciones; también puede solicitar retroalimentación y prestar mucho cuidado cuando se la dan: esto indica que usted toma en cuenta las ideas de los demás.

B. Aunque concientemente le quite poder de su papel, se dará cuenta de que aún así las personas dependerán de usted. Tal vez le concedan parte de su poder como participantes cuando le pidan consejo para tomar decisiones, para definir una situación, o para resolver un conflicto. Este es probablemente la prueba más fuerte de su integridad ya sea que acepte y use este poder, o que le refleje al grupo la necesidad de tomar su responsabilidad en las decisiones y en las definiciones. La tentación de usar el poder de que le han delegado para llenar sus propias necesidades (aumento de estima personal, manipulación de una situación para su propio beneficio, o simple conveniencia, será muy fuerte. El hecho de que el grupo le haya delegado el poder no se excusa para que usted lo tome.

C. Una situación similar de abuso se produce cuando los facilitadores realizar este papel de manera sutil, no directiva. El facilitador pasivo, amigable y bien intencionado puede ser manipulador en situaciones que el líder agresivo y fuerte no podría manejar. La diferencia entre el manipulador encantador y el dictador dominante puede ser solamente el hecho de que el grupo no esté consciente de que está siendo controlado por su líder. Es su responsabilidad no usar las técnicas de facilitación para controlar al grupo.

D. No hay normas externas por las cuales los facilitadores sean medidos. Cualquiera puede llamarse a sí mismo "facilitador" y ésto no necesariamente refleje la experiencia, habilidades o comprensión que tiene la persona acerca del proceso de grupo. Esperamos que los lectores de este manual usen la información que presentamos para ser más efectivos al ayudar a los grupos a trabajar bien y para compartir sus habilidades con otros, no para su beneficio personal.

E. El ser un facilitador no significa que esté calificado para ser un psicoterapeuta, ya sea con un grupo de personas o en una situación individual. Debido al estrés que implica algunos temas, los facilitadores podrían ser visto muchas veces como consejeros para problemas psicológicos personales. Los participantes podrían, algunas veces, acercarse a los facilitadores, directa o indirectamente, con sus necesidades emocionales. Este acercamiento deber ser visto más como una admisión de la falta de recursos disponibles de la persona que como un comentario sobre sus habilidades como terapeuta. Por favor, sea cuidadoso.

F. Recuerde que usted, como facilitador, no puede esperar llenar sus necesidades emocionales trabajando con grupos. Si usted está usando una situación de coordinación para satisfacer algunos deseos (necesidad de atención, respeto, poder, hacer amigos, encontrar amores) no podrá hacer un buen trabajo en beneficio del grupo. En los grupos, las personas desarrollan relaciones entre sí, dando como resultado una interacción intensa. Si usted, como facilitador, se relaciona en especial con un participante (o un grupo pequeño de participantes) puede desatener a los otros y ser visto como un defensor de los que están más cercanos. Esto puede ser perjudicial para todo el grupo. Si especial hacia alguien en particular, espere a que terminen los talleres para desarrollar esta relación.

G. Finalmente, es responsabilidad del facilitador asegurarse de que los miembros del grupo entienden lo que está haciendo con ellos: cuáles son sus objetivos, cómo espera desarrollar los talleres, qué les puede ofrecer y cómo espera desarrollar los talleres, qué les puede ofrecer y cómo espera satisfacer las necesidades del grupo. Es su responsabilidad presentarse tal como es, estar abierto a la crítica por parte del grupo (usted está ahí para el beneficio de ellos). Además, debe considerar hacer a un lado sus propios intereses para satisfacer los del grupo. Es derecho del grupo hacerlo responsable por lo que usted haga con ellos.

Notará que mucho de lo que detallamos cuidadosamente en estas páginas es simplemente tener "sentido común". Uno de los propósitos de este manual es ayudarle a usar las habilidadess humanas básicas y el conocimiento que usted ya ha adquirido con su trabajo en grupos. Una y otra vez vamos a instarlo a que use su intuición. Esto no siempre significa tomar el camino fácil o difícil. Uno no simplemente lee un libro y luego se convierte en un facilitador efectivo. Usted necesita combinar la experiencia, la retroalimentación, la observación y la reflexión para desarrollar su capacidad. Hemos descubierto que la experiencia es la herramienta de entrenamiento más eficaz.

SOBRE EL FACILITADOR EN UN GRUPO

La responsabilidad primaria del facilitador es la de fomentar el aprendizaje participativo y la mutua solución de los problemas en un clima de confidencialidad y libre de juicios. Una atmósfera de este tipo fomenta la expresión creativa en vez del resentimiento, la dependencia y la represión. Refuerza la libertad de opinión y la discrepancia, y el sentimiento de que uno tiene el derecho a estar equivocado. Los participantes dicen lo que sienten y no lo que piensan deben sentir.

Están en libertad de expresar la ideas y sus actitudes sin miedo a las críticas, las hostilidades y el aislamiento.

El facilitador evade la enseñanza didáctica como método de aprendizaje; su meta está dirigida a producir y estimular opiniones en vez de transmitir teoría. No debe usar su "estatus" o su autoridad para negar o coartar opiniones. En cambio, debe apoyar al grupo según éste aprende a definir, valorar y diagnosticar en forma objetiva y racional, los problemas que afectan las relaciones humanas. Los miembros del grupo son estimulados a utilizar prácticas en las que puedan examinar y probar la realidad de sus creencias y a examinar sus propias opiniones, cambiándolas cuandos sea necesario.

Una de las destrezas más valiosas que el facilitador debe desarrollar es un agudo conocimiento de las dinámicas del trabajo en grupo; también desarrollar una sensibilidad hacia las necesidades individuales de los participantes. La manera en que el facilitador le sirve al grupo es un acto intuitivo, basado en cuán cómodo se siente el facilitador con su papel, además de las necesidades del grupo y la tarea que tiene que realizarse.

Perfil del facilitador

1. Habilidad de transmitir claramente la información, los conocimientos y las ideas.

2. Gran sentido de confidencialidad.

3. Tolerancia hacia las opiniones de los demás

4. Debe estar dispuesto a expresar sus conocimientos y su intimidad.

5. Estimula la democracia y está consciente de que todos deben participar

6. Saber escuchar y observar

7. Ser puntual y responsable

8. Dispuesto a delegar responsabilidades

9. Tener empatía con los participantes

10. No pedir cosas que él no está dispuesto a realizar

La efectividad personal tiene mayor impacto si el nombre y la legitimidad del proyecto es reconocida por los posibles particpanes. Para lograr este reconocimiento, se utilizan campañas en los medios de comunicación gays, la participación en actividades sociales en bares o en fiestas, el establecimiento de contactos con las organizaciones de la comunidad y el reconocimiento, se utilizan campañas en los medios de comunicación gays, la participación en actividades sociales en bares o en fiestas, el establecimiento de contactos con las organizaciones de la comunidad y el reconocimiento y participación de líderes de la comunidad.

Lenguaje corporal

Tres de las dimensiones más importantes de la comunicación no verbal son las entonaciones de la voz, el lenguaje corporal y la distancia. Se puede entender un significado independiente de las palabras que la gente utiliza simplemente por los cambios que hagan en las entonaciones de su voz. Cambios sencillos en estas características pueden variar el significado de una misma frase de una emoción a otra. La forma en que los individuos responden a nuestras preguntas o reaccionan verbalmente a una frase nos pueden dar información de la necesidad de dedicar más atención a ciertos temas y menos a otros. Una falta de sensibilidad a los tonos de la voz puede perjudicar la relación de confianza con ellos.

Dedicar demasiado tiempo a temas de poco interés y no dárselo a aquellos que sí interesa, aumentan la tensión. Lo más importante de las entonaciones de la voz es concentrarse principalmente en los cambios en sus características. La manera normal de hablar de algunas personas es despacio; otras lo hacen con fuerza o de forma resonanate. Si alteran estas características normales, están comunicando algo más.

Muchos consideran el lenguaje corporal como el elemento más importante de la comunicación no-verbal. No solo captamos "vibraciones" positivas o negativas con él sino que también podemos enviarlas. Por lo tanto, sea consciente de las proyecciones de su cuerpo. Usted puede aumentar la tensión y disminuir la empatía cuando proyecta un lenguaje corporal negativo o cuando ignora las del otro. Saber utilizar el lenguaje corporal como el elemento más importante de la comunicación no-verbal. No solo captamos "vibraciones" positivas o negativas con él sino que también podemos enviarlas. Por lo tanto, sea consciente de las proyecciones de su cuerpo. Usted puede aumentar la tensión y disminuir la empatía cuando proyecta un lenguaje corporal negativo o cuando ignora las del otro. Saber utilizar el lenguaje corporal es una dimensión más para establecer una buena comunicación.

Los gestos aislados, al iguall que las palabras aisladas una oración, son difíciles de interpretar. Así como muchas palabras forman una oración, muchos gestos forman un conjunto. Es más conjunto de gestos que uno por uno.

Además, el análisis del lenguaje corporal es una ciencia inexacta y como tal, debe hacerse con cuidado.

El facilitador debe tratar de probar lo que interpreta antes de llegar a las conclusiones.

Algunas de las expresiones principales del lenguaje corporal están en los movimientos de los ojos, de la cara (en especial los labios), de las manos, de los brazos, de las piernas, la posición de la columna y la forma de caminar.

Estas pueden combinarse en varios conjuntos de gestos para indicar una actitud comunicativa, evaluativa, de indiferencia, de rechazo, de frustración, de nerviosismo, defensiva, de confianza y otras.

Una actitud defensiva, de ira o de frustración por parte de su alumno podría ser el resultado directo de su lenguaje corporal agresivo, dominante o manipulador. Esto trae como resultado el deterioro de la confianza.

La proximidad, o el resultado de las distancias personales y la terrritorialidad, es otro aspecto de la comunicación no-verbal. Por ***La pregunta cerrada.*** *Esta clase de pregunta solo acepta como respuesta unas cuantas palabras. Por lo general pide hechos específicos; va en busca de una respuesta en particular: "¿Qué hora es"? "¿Verdad que éstas alterado"?. Esta pregunta tiende a producir un efecto contrario al de la pregunta abierta.*

El problema principal con la pregunta cerrada es que ofrece muy poca oportunidad (o ninguna) para la autoexploración, puede hacer que el otro se aparte de sus propias necesidades y metas, puede transmitirle el mensaje de que no se le acepta tal como es. Estos efectos negativos se refuerzan si las preguntas se duplican o multiplican. Cualquier persona, sin duda, perderá el interés si lo bombardeamos con preguntas. Un tipo de pregunta es el "¿Por qué?". Por lo general, debemos evitarla; de no ser así, lo que el otro va a asumir una actitud defensiva y hará que se enfrasque en una búsqueda inútil de respuestas.

Existen muchas ocasiones en las que la pregunta cerrada nos sirve de ayuda como, por ejemplo, si se necesita más información para comprender el marco de referencia (de dónde proviene), o si es necesario que se aclare una declaración vaga o poco específica.

__Las preguntas directas versus las indirectas__. Las preguntas directas son directas. Terminan con un signo de interrogación. El otroo no tiene ninguna duda le han preguntado algo. Las preguntas indirectas pueden preguntar lo mismo pero sin signo de interrogación; no tienen señales de que son preguntas. Ejemplos,

"¿Es difícil para tí estar en el hospital"? (Directa)

"Debe ser difícil para tí estar en el hospital" (Indirecta)

"¿Tienes coraje en él por haberte dejado?" (Directa)

"Debes tener bastante coraje con él por haberse ido" (Indirecta)

Las preguntas indirectas no tienden a ejercer tanta presión para que se de una respuesta como lo hacen las directas. Son más abiertas y le dan más oportunidad al otro para que explorare en si mismo.

Benjamin, quien siente preocupación por el uso desenfrenado de preguntas en la consejería, y que dedica todo un capítulo al respecto en su libro __The Helping interview__, sugiere que tomemos en cuenta lo siguiente al hacer preguntas:

1- Debemos de ser conscientess de que estamos haciendo preguntas

2- Debemos poner en tela de juicio las preguntas que vamos a formular y considerar cuidadosamente si es conviniente o no hacerlas.

3- Debemos examinar con detenimiento las diferentes clases de preguntas que tenemos a disposición y los tipos de preguntas que personalmente tenemos la tendencia de hacer.

4. Debemos pensar en alternativas antes de hacer las preguntas es que si voy a estimular con ella o no comunicación.

EL PELIGRO DE TRANSMISION DEL SIDA EN LA CARCEL

INTRODUCCION

El Centro de Adaptación Social La Reforma es el centro penitenciario más grande de Costa Rica. Establecido en 1962, tiene como objetivo la readaptación social de los reclusos por medio del trabajo, la educación, la convivencia y la disciplina. Diseñado para tener una capacidad de 800 personas, cuenta en la actualidad con 1416 reclusos.

Al entrar a la cárcel, el presidiario pasa por una serie de etapas de diagnóstico, tratamiento y evaluación, con el fin de brindar las condiciones y estímulos que fomenten su futura reintegración a la sociedad.

El sistema cuenta con diferentes regímenes: Máxima Seguridad, Mediana Seguridad, Mínima Seguridad y Confianza. El preso que cumple con sus obligaciones y que tiene buena conducta es promovido de un régimen cerrado a uno más abierto. Su ubicación en los distintos regímenes se basa en el comportamiento que muestre y no en el crimen cometido.

En Mediana Seguridad los internos se ubican en dos etapas, Mediana-Cerrada y Mediana-Abierta. La diferencia radica en que la primera restringe más el desplazamiento de los internos y sus contactos con el exterior. Si necesitan salir de los pabellones, siempre tienen que ir acompañados de un vigilante. Mínima Seguridad está dividido en dos etapas: Indiciados y Sentenciados. En Indiciados están aquellos sujetos que aún no han sido juzgados. Los internos de Indiciados y Sentenciados tienen libertad de desplazamiento dentro del penal durante el día. A partir de las 5 p.m. son custodiados por un agente de seguridad si necesitan salir del pabellón donde viven.

El proceso que siguirá el interno al ingresar a La Reforma empieza en el Centro de Diagnóstico, integrado por trabajadores sociales, psicólogos, abogados, docentes, el director y el subdirector de La Reforma. Ellos determinan a qué etapa va el interno y qué tratamiento se le aplicará. Al llegar a la sección asignada es recibido por un equipo técnico, cuyos miembros son un psicólogo, un abogado, un orientador, un trabajador social y el director de la etapa.

Hasta febrero de 1990 ningún prisionero de La Reforma había manifiestado un resultado positivo al examen de anticuerpos del virus del Sida. Sin embargo, varios prisioneros de otros centros penales se encuentran actualmente seropositivos y dos desarrollaron la enfermedad.

OBSTACULOS INSTITUCIONALES

Existen ciertos obstáculos en el Centro La Reforma para la realización de una campaña efectiva de prevención del Sida. Algunos son producto de las actitudes de los funcionarios de este centro penal, de sus creencias acerca del homosexualismo y el Sida, otros, de los recursos asignados, la política de distribución de preservativos y la relación entre funcionarios y reclusos.

Homofobia

En las entrevistas a profundidad realizadas a los funcionarios se les solicitó que respondieran a dos preguntas generales acerca del homosexualismo: sus posibles orígenes y la actitud ante el homosexual.

Los resultados indican que conceptúan la homosexualidad como una enfermedad. Ninguno la describió como una manifestación más de la sexualidad o como la característica de una minoría sexual o cultural. Ninguno de ellos ni siquiera dejó entrever que estaba informado del debate que llevó a la Asociación Psiquiátrica Americana a sacar a la homosexualidad de entre las enfermedades mentales registradas en el Manual de Diagnóstico (DSM3) en 1973, ni de los trabajos publicados en los últimos 20 años que cuestionan aquella tesis.

Con respecto a las causas de esta "patología", dieron diversos criterios. Algunos entrevistados opinaron que son genéticas; otros, que son producto de la marginalidad social, o de problemas familiares, hormonales o religiosos.

Para E.C.M., trabajadora social, la homosexualidad es el resultado de problemas biológicos y ambientales:

> *La homosexualidad hay que verla bajo dos puntos de vista: el biológico, que tiene que ver con los problemas hormonales, y el ambiental, que tiene que ver con la necesidad de acomodarse a patrones sociales que conducen a desviaciones[1].*

Para C.A.C., orientador criminológico, es hereditaria y no se relaciona con el ambiente:

---

[1] *Entrevista realizada el 18 de enero de 1990.*

La homosexualidad tiene causas en los factores hereditarios. No depende de factores externos, con algunas excepciones[2].

R.A.V., orientador, por el contrario, es de la opinión que sí se debe al medio ambiente:

Creo que la homosexualidad dentro del penal la produce la convivencia en conjunto[3].

A.A.M., abogada, considera que la homosexualidad es el resultado de patrones de crianza en donde "la madre les permitía algunas cosas de mujer"[4]. *K.L.M., psicóloga, comparte la idea de que la crianza es el factor principal, pero por "la falta de modelos de identificación a nivel sexual"*[5].

T.D.P., abogada, por el contrario, cree que es el resultado de la "pobreza extrema"[6]. *Mientras que C.F.C., orientadora criminológica, opina que se produce porque "el padre y la madre a veces son autoritarios"*[7]. *M.S., psicólogo, estimó que uno de los factores etiológicos es el desengaño que tienen los padres cuando esperaban una niña y tienen en vez un varón y "se vuelven, entonces, contra él"*[8].

W.R.Q., médico, cree que existen "homosexuales puros" que nacen con más hormonas femeninas que masculinas y otros que se deben a "trastornos de la personalidad"[9]. *Para A.P.S., trabajadora social, es el producto de "un*

---

[2]*Entrevista realizada el 16 de enero de 1990.*

[3]*Entrevista realizada el 18 de enero de 1990.*

[4]*Entrevista realizada el 19 de enero de 1990.*

[5]*Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[6]*Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[7]*Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[8]*Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[9]*Entrevista realizada el 23 de enero de 1990.*

comportamiento sinvergüenza" y la "carencia de conocimiento y temor a Dios"[10]. L.A.A.V., agente de seguridad, expresó que la homosexualidad es "falta de hombría"[11].

Con respecto a la pregunta acerca de un posible tratamiento de "la enfermedad" existen dos corrientes de pensamiento entre los entrevistados. Unos son de la opinión de que el homosexual puede ser ayudado, es decir, que su orientación sexual es posible cambiarla con la psicoterapia, y otros de que nada puede hacerse. G.A.M., trabajadora social, dice que "... en homosexuales ya declarados no se puede hacer nada. Si ya se han brincado la cerca, nada se puede hacer"[12]. M.B.C., orientadora, por el contrario, sí cree que con el tratamiento terapéutico "se logre sacar algo"[13]. Pero L.A.A.V., agente de seguridad, no comparte este optimismo: "los homosexuales no aceptan recomendaciones. Ellos dicen: "yo soy así y nadie me lo quita"[14]. Una minoría cree que el homosexual debe "asumir su propia identidad" o "que se acepte a sí mismo" , pero siempre sobre la base de que es un mal al que el individuo debe resignarse.

Con respecto a la pregunta ¿Qué haría si alguno de sus hijos resultara homosexual?, los funcionarios manifestaron opiniones más fuertes. F.B.C., director de una de las etapas, cree que esto sería algo de lo peor que podría pasarle: "ahora en un hijo, ni pensarlo. Sería fatal. Yo le pido a Dios por esto, porque para mí sería el peor castigo que Dios me podría dar"[15]. O.A.A., es de esta misma opinión: "Si tuviera un hijo homosexual lo pondría en control con un especialista para evitar el mal. Creo que lo rechazaría"[16]. Esto mismo haría R.A.V. orientador, quien también espera "que Dios quiera que nunca se dé"[17].

Una minoría estaría dispuesta a aceptar un hijo homosexual, como lo dice K.L.M., psicóloga, aunque reconoce que "es bien difícil"[18]. Una excepción es M.M., trabajadora social, quien dice que de tener un hijo homosexual "no me daría ni vergüenza ni satisfacción, pero no sería lo ideal. Lo ideal para mí sería que fuera muy masculino"[19].

---

[10]*Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[11]*Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[12]*Entrevista realizada el 11 de enero de 1990.*

[13]*Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[14]*Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[15]*Entrevista realizada el 15 de enero de 1990.*

[16]*Entrevista realizada el 16 de enero de 1990.*

[17]*Entrevista realizada el 18 de enero de 1990.*

[18]*Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

Recursos

La encuesta realizada por el Departamento de Investigación y Estadística de la Dirección General de Adaptación Social sugiere que el sistema penitenciario no cuenta con los recursos para realizar la prevención del Sida. El 87% de los entrevistados opina que de darse un caso de Sida, su centro no tiene espacio apropiado para "aislarlo"; el 74% adujo no contar con "algún tipo de recurso específico para la lucha contra el Sida donde labora"; el 52% manifestó no haber recibido ningún curso de educación sanitaria. Un porcentaje similar, no haber visto que se le imparta uno a los reclusos (Cuadro 1).

El 68% de los entrevistados afirmó que no existe ningún programa de control del Sida donde labora, ni de información orientado a los internos. El 86% reportó que no se distribuyen preservativos en su centro; el 95% que no existen políticas o un régimen especialmente orientado a los homosexuales (Cuadro 1).

En el Centro La Reforma, en particular, la falta de recursos y la ausencia de programas es evidente. En las entrevistas a profundidad se informó sobre la carencia de preservativos. El primer seminario sobre Sida organizado en el sistema penitenciario, no fue realizado sino hasta noviembre de 1989. No todos los empleados fueron invitados. Incluso, muchos de los que trabajan en el Dispensario de Salud no asistieron.

Antes de este evento, solo se habían impartido unas pocas charlas a los reclusos por parte de un funcionario del gobierno y se había efectuado un taller con profesores de la Universidad Nacional. La Reforma no cuenta con folletos de prevención, charlas ni talleres permanentes.

El único programa de prevención del Sida en La Reforma son los exámenes de sangre obligatorios. Pero aún así, existe en la práctica gran irregularidad, pues varía constantemente dependiendo de la existencia o no de recursos. Además, es imposible pretender que con exámenes que se realicen, en el mejor de los casos cada 6 meses, se esté realizando una labor preventiva eficaz.

Conocimientos sobre el Sida

---

[19] *Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

La investigación dirigida por Umaña (1989) demuestró que existe una clara asociación de la problemática del Sida con los homosexuales e ideas erróneas con respecto a la transmisión del VIH. Cerca del 95% ubicó a la población penal como de alto riesgo (Cuadro 2). A la pregunta sobre cuáles internos tienen un riesgo mayor de contraer el Sida, el 94% contestó que son los homosexuales, el 26% que los bisexuales y el 13% que los heterosexuales. Cuando se les preguntó acerca del peligro que corren los funcionarios de los establecimientos penales de contraer el Sida, el 68% contestó que sí se da ese peligro.

El 70% de los entrevistados afirmó que el contacto social con un individuo que padezca Sida, tiene desde un bajo hasta un riesgo muy alto de contagio. Al preguntárseles si la cárcel es un medio propicio para contraer el Sida, el 52% respondió afirmativamente. Entre éstos, el 26% lo achacó al homosexualismo existente en la prisión.

El 40% manifiestó no conocer ningún síntoma de la enfermedad y el 60% solo mencionó algunos de ellos.

A a la pregunta ¿Qué clase de medidas recomendaría usted para prevenir el Sida en el establecimiento donde presta sus servicios?, el 15% propuso aislar a los portadores y homosexuales.

Por otra parte, el cuestionario corto que se entregó a los funcionarios de La Reforma para saber qué conocimientos poseían acerca del Sida y sus formas de transmisión, muestró resultados positivos (Cuadro 3). El 100% afirmó que el Sida debilita el sistema de defensas y reconoció el contacto sexual como vía de contagio. Mientras que el 100% consideró que el contacto homosexual es una vía de infección, el 89% aseveró lo mismo con respecto al contacto heterosexual. Con respecto a las formas de prevención del Sida, el 97% indicó que una de ellas es "tener una sola pareja". El 84% señaló que debe usarse siempre el condón y solo una persona vio en el contacto social una probable fuente de infección.

En esta encuesta, los administrativos de la Reforma se perfilan con mayores conocimientos sobre el Sida que aquellos entrevistados por Umaña (1989).

No obstante este alto grado de conocimiento, los funcionarios de La Reforma también asocian al Sida con los homosexuales. A la pregunta acerca del su origen, el 54% lo atribuyó a la promiscuidad de los homosexuales y solo el 32% a la de los heterosexuales. También existe conocimiento erróneo sobre las formas de prevención. El 30% respondió que "lavarse después del sexo" es una de ellas. El "poner en cuarentena a los homosexuales" y la realización de los exámenes obligatorios de sangre son mencionadas como otras alternativas para evitar la infección.

Con la realización de las entrevistas a profundidad se corroboró que, no obstante el elevado conocimiento básico que los interrogados demostraron, persiste en ellos una estrecha vinculación mental entre la enfermedad y la población homosexual. A.P.S., trabajadora social, dijo:

El homosexual declarado debe tomar las medidas del caso para que no afecte a otras personas que no son homosexuales, pero para mí que se pudran entre ellos... Entre los declarados y pervertidos que se mueran entre sí. Por mí, pueden desaparecer[20].

Una de las orientadoras de La Reforma, Y.O.C., opino que: "Con respecto al Sida, creo que afecta a los homosexuales por la enfermedad en que están inmersos"[21]. El sacerdote del centro penitenciario manifiestó que: "Tengo que hacerles ver que consideren al Sida como una consecuencia del pecado, de la desobediencia a Dios y de la ley divina"[22].

Cuando se les preguntó a los funcionarios acerca de su reacción ante esta enfermedad, nuevamente la equipararon con el homosexualismo. L.A.V., agente de seguridad, dijo: "Cuando oi hablar del Sida sentí mucho miedo. También sentí cólera porque, ¿cómo es posible que hayan muerto o estén contagiadas personas sin ser homosexuales?"[23]. S.Z.A., alto funcionario del penal, declaró: "... me empecé a asustar cuando se dijo que el Sida se podía transmitir por la promiscuidad. Llegué a sentirme tan mal que cada vez que un interno me daba la mano, me lavaba con alcohol"[24]. S.M., trabajadora social, argumentó: "Cuando oi hablar del Sida yo no tuve miedo porque estaba muy definida la población a la que afectaba y que era la homosexual"[25].

Toda esta información revela que a pesar del aceptable conocimiento acerca del Sida, la asociación inicial entre el Sida y el homosexualismo, que hizo la prensa y la campaña del Ministerio de Salud, caló la mente de los funcionarios de La Reforma. Esta asociación crea una discrepancia entre la teoría y la práctica, ya que aunque saben que el homosexualismo no produce el Sida, emocionalmente así lo miran y de ahí que, como veremos seguidamente, no promuevan el uso del preservativo en el penal.

---

[20] *Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[21] *Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[22] *Entrevista realizada el 18 de enero de 1990.*

[23] *Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[24] *Entrevista realizada el 19 de enero de 1990.*

[25] *Entrevista realizada el 16 de enero de 1990.*

El uso del preservativo

Uno de los escollos más fuertes a la campaña de prevención en La Reforma es la falta de una política clara con respecto a los preservativos. Según el estudio de Umaña (1989), el 86% de los funcionarios del sistema asegura que en su centro penal no se distribuyen preservativos (Cuadro 1). En los lugares donde sí se suministran, se dan, sin embargo, períodos en que es imposible conseguirlos debido a que el Ministerio de Salud no los envía.

No obstante, existen otros problemas, aún cuando haya preservativos. En primer lugar, se da en La Reforma una gran contradicción con respecto a la política a seguir. Unos funcionarios opinan que el preservativo debe suministrársele a los prisioneros y otros creen que entregarlos es fomentar el homosexualismo. W.E.L.G., técnico laboral, así lo manifiesta:

> *En cuanto a la prevención a los homosexuales yo les recomendaría que dejen de tener estas prácticas peligrosas y que utilicen el condón. Aquí no se les da el preservativo porque es fomentar el homosexualismo. Aunque esto es paradójico si queremos protegernos y queremos proteger a la población penal. Es prohibido dárselos pero ¿hasta dónde no estamos equivocados?*[26]*.*

Otros afirman que existe una decisión contraria al proporcionar preservativos, al menos no oficialmente. L.S.S., orientadora, reconoce que "aquí no es permitido dárles preservativos", aunque a algunos "sí se los dan" y que a ciertos internos se los trae la familia[27]*. D.A.G., abogada, denuncia que los reclusos piden los preservativos y que "los funcionarios realmente no se preocupan por entregárselos"*[28]*.*

J.A.V.V., psicólogo, le recomienda a los homosexuales que utilicen el condón[29]*, pero W.E.L.G., técnico laboral, también reconoce que "aquí no se les da"*[30]*.*

---

[26] *Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[27] *Entrevista realizada el 11 de enero de 1990.*

[28] *Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[29] *Entrevista realizada el 12 de enero de 1990.*

[30] *Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

K.L.M., trabajadora social, informa que algunos agentes de seguridad les requisan a los reclusos los preservativos "con la visión de no extender el homosexualismo", lo que para ella resulta irónico "porque esto más bien propaga la enfermedad"[31]. G.M.O., agente de seguridad, desmiente lo anterior cuando dice "ahora hay permiso para no requisarlos"[32].

Otros funcionarios culpan a los reclusos de usar poco el preservativo. W.R.Q., médico, es de la idea de que el sexo seguro no se practica por el "desinterés" de los homosexuales y porque "ellos dicen que de algo hay que morirse"[33]. H.R.A., técnico en farmacia, dice que él sí despacha recetas de preservativos a los reclusos: "ellos piden los preservativos y aquí se los damos"[34]. L.B.A., alto funcionario de La Reforma, expresa que ellos dan los preservativos "cuando tienen", pero que el interno "no los pide porque no le gustan" y porque los "cacheros", es decir los amantes de los travestis, por "machistas", no los quieren usar[35].

Esas opiniones contradictorias también existen en los propios travestidos y homosexuales abiertos. Unos dicen que en el dispensario médico les dan los preservativos y otros que no. Unos relatan que los agentes de seguridad les requisan los condones y otros que no. Unos aseguran que hay funcionarios que les recomiendan utilizar el preservativo y otros que les piden dejar practicar la homosexualidad y que se encomienden a Dios.

Por otra lado, para una gran parte de los cientos de hombres que practican homosexualidad en La Reforma, ir a solicitar condones al Dispensario Médico es algo que no están dispuestos a hacer, pues tácitamente estarían revelando su identidad y corriendo más peligro de que, si son encontrados en actos de "sodomía", sean castigados y descendidos en el régimen de seguridad.

La distribución de condones depende, entonces, del criterio personal del funcionario, de los caprichos de los agentes de seguridad para requisarlos o no, del interés del recluso por solicitarlos, y como lo dice un alto funcionario de la prisión, de que "haya preservativos para dar".

---

[31] *Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[32] *Entrevista realizada el 22 de enero de 1990.*

[33] *Entrevista realizada el 23 de enero de 1990.*

[34] *Entrevista realizada el 23 de enero de 1990.*

[35] *Entrevista realizada el 18 de enero de 1990.*

Consecuencias

Las creencias analizadas tienen un impacto en la salud homosexual puesto que inciden en la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Si se conceptúa la homosexualidad como una enfermedad, una degeneración mental o un acto criminal, la comunidad y el gobierno no tomarán medidas adecuadas para evitar el contagio, los recursos para prevenir el Sida no serán suficientes y, en el caso de las carceles, la relación entre los funcionarios y los reclusos no será positiva.

Las creencias afectan también el contenido del mensaje, así como su percepción. Un mensaje que enfatice sobre el papel del homosexual como causante de la enfermedad propicia que no se defina como tal y disminuya su capacidad de percibir el riesgo de contagiarse con el virus del Sida. Tversky y Kahneman (1973) opinan que los factores emocionales afectan la percepción del riesgo y pueden distorsionar la información. Los mensajes con contenidos emocionales de rechazo y de disgusto hacen que el receptor desconfíe de ellos o tienda a ignorarlos. No es de extrañar, entonces, que ante la posición homofóbica de la gran mayoría de los funcionarios de La Reforma, los presos homosexuales desconfíen del mensaje que recomienda usar el preservativo y adoptar otras medidas de prevención.

Las actitudes del personal de salud tienen un impacto directo en el grado de honestidad del paciente. Pauly y Goldstein (1970) reportaron que en Estados Unidos en una muestra de 1000 funcionarios de salud, el 75% admitió sentirse incómodo con sus pacientes homosexuales. Sandholzer (1980) reporta que un tercio de los médicos se siente molesto con los pacientes homosexuales y que el 84% cree que estos pacientes rehúsan buscar ayuda debido a la desaprobación de los médicos. Dardick y Grady (1980), indican que el 49% de los homosexuales no le confía su orientación sexual a sus médicos.

Las actitudes homofóbicas en un penal impiden el intercambio sincero de información y neutralizan así cualquier campaña de prevención. En La Reforma, los travestis y los homosexuales abiertos no esconden su orientación, pero no le dicen la verdad a los funcionarios con respecto a la práctica del sexo seguro. Esto se hizo evidente cuando se comparó la información recibida de ellos inicialmente y la que se obtuvo meses después cuando se estableció una relación de confianza.

Por otra parte, el rechazo social y el confinamiento en prisión fomentan patrones de conducta que son negativos para la prevención. La reclusión produce un "alto estrés" que Hart (1973) menciona como conducente a cambios radicales en la conducta sexual. De ahí que el índice de enfermedades venéreas en La Reforma sea alto (Cuadro 4). En un año, el 15% de los entrevistados contrajo sífilis y el 8% gonorrea (Cuadro 5). No obstante, el grupo travesti y homosexual abierto había tenido un elevado índice de infección venérea antes de su ingreso a prisión. El 59% había padecido sífilis y gonorrea alguna vez y el 27% había contraído gonorrea más de una vez. Las infecciones ocurrieron antes de 1988 y,

en vista de que la mayoría de los reclusos tiene un promedio de 12 meses de estar en la cárcel[36], algunas de ellas se contajeron fuera del penal (Cuadros 4 y 5). Esto corrobora los hallazgos de Hart, quien encuentra una relación entre las ETS y los niveles bajos de educación, los altos índices de criminalidad y el status socioeconómico marginal, característicos del grupo estudiado.

Si comparamos a los internos de la Reforma con otros grupos gays, encontramos que aquéllos tienen niveles inferiores de educación y de ingreso. El promedio de años de educación en los gays que asisten a bares es de 13.1, en los concientizados de 16.1, mientras que en los presos es apenas de 8.0. Un tercio de éstos últimos ha cursado solo la primaria, lo que contrasta con los clientes de los bares, de los que el 99% ha concluido sus estudios primarios.

En vista de que la mayoría de los reclusos no trabaja en este centro, sus informes acerca del ingreso posiblemente los hayan dado pensando en los que tenían antes de ingresar en el penal (Cuadro 1a)[37]. El 82% de ellos gana menos de 15.000 colones al mes, lo que los ubica como el grupo más pobre de todos, incluido el de los gays adolescentes (menores de 19 años) y los trabajadores del sexo. Esto a pesar de que tiene, en promedio, más edad (30.6 años) que otros grupos como el de los bares (26.1 años), trabajadores del sexo (20.5 años), con la única excepción del de los concientizados que, ligeramentem, es de mayor edad (32.3 años).

Hart también encuentra una relación entre el consumo de drogas y alcohol y los altos índices de ETS. Como se analizará más adelante, los índices de drogadicción son altos en el sector travesti y en la población penal.

El rechazo social también aumenta el estrés en los grupos marginados y los hace así más propensos a enfermarse. Ross (1989), en su estudio psico-venéreo en homosexuales, dice que "individuos en sociedades o situaciones que son anti-homosexuales sufren de mayor estrés y desórdenes en el sistema inmunológico". El mismo Ross encuentra, en un estudio sobre estrés y respuesta inmunológica, que altos grados de tensión y cambios de humor modifican el número de células T-supresoras en la sangre. El rechazo social puede hacer a los reclusos más propensos a cualquier ETS, lo que a su vez hace más factible la infección del virus del Sida.

CULTURA SEXUAL

---

[36]Información del tiempo de permanencia en La Reforma obtenida de 10 participantes del curso de concientización que fueron entrevistados con el cuestionario de la OMS.

[37]Los cuadros con la letra "a" se encuentran en el anexo general de cuadros.

Magnitud del fenómeno homosexual

La pregunta de cuán extendida es la práctica homosexual en la prisión es tan antigua como el sistema penitenciario mismo. Havelock Ellis (1905), en su famoso "Studies in the Psychology of Sex" dice que el porcentaje de hombres que es sexualmente perverso se aproxima al 80%, aunque él reconoce que en sus "momentos pesimistas cree que en realidad todos lo son". Joseph F. Fishman (1951, p.81) en el libro que se convirtió en un clásico "Sex Practices of Prisoners", publicado en 1934, opina que el porcentaje en las prisiones norteamericanas oscila entre el 30 y el 40%. Fishman recomienda que una de las maneras de evitar el homosexualismo en las prisiones era permitir las visitas conyugales. Su obra fue así, una denuncia de la falta de libertad sexual, léase heterosexual, de los prisioneros. En el Centro La Reforma, la visita conyugal es ahora un derecho de los prisioneros. Sin embargo, la descripción que Fishman hace de las relaciones homosexuales en su estudio de las carceles norteamericanas parece una réplica de la situación en Costa Rica, cincuenta años después.

La visita conyugal y la mayor aceptación para que los prisioneros tengan relaciones heterosexuales no parece haber mermado la práctica homosexual en La Reforma. Lo que más bien ha sucedido es que se han ampliado y diversificado las alternativas en las relaciones homosexuales y heterosexuales:

-relaciones homosexuales entre reclusos.

-relaciones homosexuales y heterosexuales entre reclusos y funcionarios que laboran en la prisión.

-relaciones homosexuales y heterosexuales con visitas femeninas y masculinas que no laboran en el penal.

-relaciones homosexuales y heterosexuales de los reclusos que gozan de permiso temporal fuera del penal.

En las entrevistas a profundidad con homosexuales éstos informaron que entre el 70 y el 90% de los reclusos sostiene relaciones homosexuales. Los funcionarios también reportaron altos porcentajes:

Aquí hay mucha homosexualidad (L.S.S)[38]*.*

Yo podría decir que casi el 100% son homosexuales (E.C.M.)[39]*.*

---

[38]*Entrevista realizada el 11 de enero de 1990.*

[39]*Entrevista realizada el 16 de enero de 1990.*

La homosexualidad aquí se da en el 70% de la población (J.A.A.)[40].

La homosexualidad dentro del penal es un patrón normal (E.C.M.)[41].

Con base en la información etnográfica podemos caracterizar varios tipos de parejas homosexuales, que son idénticos a los que Fishman describe en su obra sobre las prisiones en los Estados Unidos:

a. El "cachero" y el travesti

b. El hombre mayor y el "cabrito"

c. Dos homosexuales ocultos a los que se les llama "zorras"

Además de esas relaciones permanentes existen contactos ocasionales con otros prisioneros.

El 36% de los reclusos señala que se encuentra en una relación "cerrada" (Cuadro 11a). Esto significa que tiene solo un compañero habitual. Un porcentaje idéntico manifiesta que mantiene relaciones abiertas, o sea, un compañero habitual y otros que pueden ser habituales u ocasionales. Los reclusos conforman así una subcultura que, si se compara con otras gays, se caracteriza por establecer muchas parejas. Compárese, por ejemplo, con los que van a los bares: relaciones cerradas (27%), o abiertas (22%). Es mucho más frecuente que éstos no tengan una pareja (44%). En cambio, entre los presidiarios de La Reforma únicamente el 14% admite no tener ningún compañero habitual (Cuadro 11a).

El hecho de estar prisionero, explica, en parte, el fenómeno. La ausencia de libertad de movimiento obliga a los reclusos a depender de menos personas para establecer sus relaciones. De ahí que sea necesario escoger y hacerlo de manera más permanente que en la calle. Otra razón la dan los mismos reclusos cuando señalan que es necesario buscar compañía para "subir la cuesta juntos", o sea para darse apoyo en prisión. Este componente emocional debe ser tomado muy en cuenta por aquellos que creen que la homosexualidad en la cárcel se suscita únicamente necesidades físicas y no para obtener compañía, apoyo y amor.

---

[40]*Entrevista realizada el 17 de enero de 1990.*

[41]*Entrevista realizada el 16 de enero de 1990.*

A pesar de que la cultura del presidio fomenta las relaciones permanentes, éstas no necesariamente se encuadran en un patrón de monogamia. Muchos de los entrevistados con el cuestionario estructurado, indicaron que se dedicaban a una sola persona pero, cuando se les habló en ambientes de mayor confianza, la realidad es que la gran mayoría resultó ser mónogama solo de manera "oficial" puesto que también sostenían relaciones sexuales fuera de la pareja. El cuestionario "Survey on Homosexual Response" brinda información del comportamiento sexual de los travesti y de los homosexuales declarados y permite también inferir los patrones de otros sectores encubiertos. Como se analizará a continuación, las presiones para que ellos sostengan relaciones ocasionales son muy grandes.

Si comparamos los reclusos con otros grupos gays, encontramos que entre unos y otros hay gustos sexuales significativamente distintos. En primer lugar, los primeros sienten una mayor predilección por el sexo anal pasivo: un 86% frente a un 57% de los gays que visitan los bares (Cuadro 34a). En cambio, cuando se preguntó sobre esta práctica sexual con el uso del condon, solo el 41%, es decir la mitad, dijo que era muy excitante. En el caso de los gays de bares, el declive fue menos acentuado: un (41%). Cuando se pregunto lo mismo, pero ahora sin el condón, los reclusos manifestaron (un 77%) sentirse muy excitados.

La misma situación se da en lo que se refiere a la penetración anal activa. Aunque los internos la prefieren menos, ya que los que la señalan como muy placenteros representan el 54%, ellos la consideran muy atractiva cuando no se usa el condón (54%), pero mucho menos (27%) cuando sí se usa. Este último porcentaje es casi la mitad del de los gays que asisten a los bares (41%), quienes se manifiestan menos desmotivados para usarlo.

Los reclusos no solo prefieren el sexo inseguro, sino que también desfavorecen el seguro. Con respecto a la masturbación del otro, el 45% de ellos, (el 61% de los que asisten a bares), la encuentra muy agradable. En cuanto a ser masturbado, al 45% de los presos, y al 77% de los gays que frecuentan los bares les parece muy atractivo.

En cuanto a recibir felacio y sacar el pene antes de eyacular (aspecto que se considera parte del repertorio del sexo seguro), únicamente el 9% de los presidiarios lo hacen frente al 49% de los gays que van a los bares. Lo mismo sucede respecto al felacio hecho al compañero que tiene puesto el condón: los primeros la miran con mucho más con disgusto (41%) que los segundos (21%) o los trabajadores del sexo (4%).

La cultura de la cárcel incide en que las preferencias sexuales sean más rígidas y que la penetración se vea como lo más excitante, siempre y cuando no se use el preservativo, el cual es visto como un factor que le roba atractivo a las relaciones sexuales.

El que los presidiarios conformen el grupo gay que más rechaza el sexo seguro y el uso del preservativo indica que el ambiente y las reglas carcelarias hacen que no se observen valores y prácticas que son más extendidos en otros grupos.

De todos los grupos entrevistados, el de presos es el que menos cambios ha realizado en sus hábitos sexuales. Cuando se les preguntó acerca de las prácticas sexuales con el primer compañero habitual después que oyeron del Sida, el 50% admitió no haber hecho ningún o muy pocos cambios. Este porcentaje es mucho más alto que el de los gays que asisten a bares, entre los cuales solo el 16% respondió de esta manera. Los reclusos se ubican, junto con los adolescentes (45%) y los trabajadores del sexo (48%), entre los más resistentes a cambios en las prácticas sexuales (Cuadro 30a).

Cuando se indagó acerca de los cambios que habían realizado con el primer compañero habitual, los reclusos (40%) conformaron, junto con los trabajadores del sexo (73%), uno de los sectores que menos los había realizado en cuanto a la penetración anal pasiva y el no uso del condón (30%). También es el que exhíbia el porcentaje más elevado (10%) de quienes no habían introducido ninguna variación. Tampoco variaron la práctica sexual oral con eyaculación, ya que el 60% admitió que continuaba haciéndola con el compañero habitual. En los gays que asisten a los bares, únicamente el 11% contestó de la misma manera.

Aunque existe discusión acerca de la seguridad o no de ésta práctica, la verdad es que no es del todo segura y que la ausencia de cambios insinúa despreocupación.

En el rubro de la penetración anal activa, el 20% de los internos (y solo el 4% de los que asisten a bares) confesó haber incrementado la frecuencia, el 10% había empezado a aumentarla y el 40% la mantenía como antes.

Se puede deducir de los datos anteriores que, en las prisiones, las prácticas seguras con el compañero habitual no se caracterizan por haber mejorado. No es de extranar, entonces que cuando se inquirió sobre la masturbación, una de las actividades sexuales más seguras, los presos son los que menos la habían adoptado: el 10% en La Reforma, el 51% de los clientes de los bares, el 60% de los concientizados y el 33% de los trabajadores del sexo (Cuadro 30a).

Con respecto a cambios con los compañeros casuales, el 73% señaló que no tenía ese tipo de compañeros. Sin embargo, del examen de las entrevistas, de otros datos que se analizarán a continuación y de los cursos de concientización, se desprende que la realidad es otra. Los reclusos son los que más admiten que nunca haber usado el preservativo con los compañeros casuales (33%), cifra seis veces mayor que la de los gays que asisten a bares (6%).

La actividad sexual de los diferentes grupos, durante los últimos 6 meses, indicó que los reclusos y los trabajadores del sexo son dos grupos con altos índices de sexo inseguro: la penetración anal activa sin condón fue practicada por el 54% y el 61% respectivamente; la pasiva sin condón, por el 88% y el 61%, respectivamente (Cuadro 29a).

Estos índices se mantienen si observamos el patrón en los últimos treinta días. El 68% de los reclusos practicó el sexo anal pasivo (el más elevado de todos los grupos) sin condón y el 32%, el activo. Los reclusos, pues, son un grupo habituado a prácticas inseguras y muy expuesto, por lo tanto, al contagio con el virus del Sida.

En cuanto al número de compañeros sexuales, los entrevistados reportaron un promedio de 51, durante los últimos 12 meses (Cuadro 6). Uno de ellos, un travestido, sostuvo relaciones con 365 compañeros distintos, lo cual, en vista de que la población penal era de 1369 (sin incluir 47 puestos en Máxima Seguridad), significaba un 27% de toda la población del penal. Otros cinco travestis habían tenido un promedio de 193 compañeros sexuales durante el mismo lapso. Dado que es común que los travestis dedicados a la prostitución tengan clientes diferentes, se deduce que existe un alto número de prisioneros que tienen relaciones sexuales con ellos.

En el curso de concientización que se dio a los travestidos, se hizo evidente que algunos que en el cuestionario habían declarado no tener contactos sexuales, después sí lo reconocieron y otros, que habían indicado tener apenas dos o tres compañeros sexuales, luego admitieron que tenían hasta cinco u ocho contactos sexuales diarios. Cuando se les preguntó, durante el curso, el número de hombres diferentes que habían tenido en la cárcel desde que ingresaron, ocho de ellos dieron una cifra total de 856, es decir, un promedio de 107, el doble de lo que indicaron en el cuestionario de la OMS.

Tomando en cuenta que además de las relaciones de pareja, existen los hombres mayores que seducen a reclusos jóvenes (cabritos), los homosexuales encubiertos, los bisexuales que se relacionan con un homosexual encubierto o uno abierto de manera ocasional, los funcionarios que sostienen relaciones sexuales con presos, visitas homosexuales masculinas, los presidiarios que, cuando cuentan con permiso para salir, establecen relaciones homesexuales fuera de la cárcel, es posible conjeturar con realismo que más del 70% de los prisioneros práctican la homosexualidad.

El hecho de que la cultura de la cárcel centre su sexualidad en el poder, el dominio del otro y en la rígida división de los roles sexuales, hace que sea más hostil al cambio, la prevención y el sexo seguro.

Las preferencias sexuales están determinadas por los distintos arreglos de poder. En el caso del "cachero", por ejemplo, su papel sexual distintivo es crucial para su imagen: aunque permita ocasionalmente la penetración pasiva, es vital para él, con el fin de contar siempre con el respeto de sus compañeros, que se le mire como un penetrador. Si él cambia hacia la masturbación, como forma preferente, por ejemplo, estaría dando un paso más allá de su prestigiosa identidad sexual puesto que un cachero que no penetra se "homosexualizaría" ante los ojos de los más y dejaría de ser el "heterosexual" que simplemente busca a otro hombre porque no tiene una mujer disponible. De ahí que le sea más difícil a éste que a un gay que va a los bares, variar su práctica sexual. Lo mismo podemos decir de los travestis, quienes dependen de la proyección de una imagen "femenina" para que sus relaciones sean toleradas en el presidio.

Conocimiento sobre el Sida

Aunque la enfermedad del Sida fue identificada en 1981, los reclusos de La Reforma oyeron hablar de ella mucho tiempo después. La mitad de ellos empezaron a enterarse a partir de 1985 (Cuadro 9).

La mayoría de los entrevistados conocía las principales formas de trasmisión y de prevención y, en menor grado, los síntomas de la infección. Más del 75%, sabía que el Sida se transmite por el semen, la sangre y que se previene usando el preservativo. Mostraron, al mismo tiempo, que disponían de algunas informaciones erroneas por ejemplo, el 77% creía o no sabía que el Sida se transmite por la saliva. El 23% opinó que la práctica sexual no influye en la transmisión del Sida (Cuadro 9).

Si comparamos el conocimiento de los presos con el de otros grupos gays, encontramos que los primeros están en desventaja. Mientras que en los gays que frecuentan los bares un 93% considera que el Sida se transmite por el semen, en aquelos esta opinión fue sostenida por un 72% (Cuadro 14a). En cuanto a la sangre como vía de transmisión, los internos la desconocen en un 40% menos que los gays que van a bares. Más peligroso aún, los internos muestran, en menos del 45%, mientras que los que van a bares lo hacen en un 79%, estar seguros de que alguien que se vea sano pueda estar infectado. El desconocimiento de las formas de transmisión es mayor que en cualquier otro grupo gay.

La pérdida de peso, las manchas púrpuras en la piel y la diarrea son síntomas bastante conocidos en la comunidad homosexual. El cansancio, la fiebre, la confusión, la inflamación de ganglios y otros lo son en menor grado (Cuadro 10). Sin embargo, también en estos aspectos hay diferencias: el conocimiento de la pérdida de peso como un sítoma es superior en un 10% en los gays que asisten a bares (98%), que en los presos (82%). En el caso de la diarrea, la relación es de un 90% en los gays de los bares y un 73% en los internos.

Pese a eso, hay que reconocer que, en términos generales, los internos están bien enterados de las formas de transmisión.

En cuanto al preservativo casi el 70% de ellos sabe que es una forma de prevención (Cuadro 15a) contra el VIH. Es el porcentaje más bajo de todos los grupos (en los que asisten a bares, por ejemplo, fue de 95%).

Ahora bien, es interesante anotar que no obstante que la comprensión de la importancia del condón es en realidad elevada, su utilización es menor, lo que indica que entre el entendimiento y la práctica entran a operar otros factores.

Percepción de riesgo de contagio

Los internos tienen una percepción baja de riesgo, a pesar de la situación en que se encuentran. Esto se midió usando una escala que va de 0 (imposible) a 10 (con certeza) (Cuadro 20a). Un promedio de 3.2 respondió que tenía posibilidades de contraer el Sida; uno similar (3.4) de que esas posibilidades se darían en los próximos cinco años y uno del 2.4 admitió que el compañero podría estar infectado.

El hecho de que la gran mayoría de los internos ha sido forzado a hacerse el examen en el penal (95%) (Cuadro 17a), y que el 100% sepa o sospeche que es negativo (los resultados no les son entregados, por lo que se asume de que si no los recluyen en celdas apartes es porque no están positivos), puede influir en que haya comprensión baja del riesgo. Lo que es evidente es que constituye un grupo realmente despreocupado, puesto que el 36% afirma nunca haberse preocupado por el Sida, cifra que es casi tres veces mayor que la de los gays que van a bares.

Percepción de riesgo en las prácticas sexuales

Los reclusos tienen la más baja percepción de riesgo de contagio que pueden entraña ciertas prácticas sexuales. Unicamente el 45% de ellos (gays de bares, 68%) considera extremadamente arriesgadas la penetración activa pasiva sin condón (bares, 77%) (Cuadro 35a). Más de un tercio no sabe o cree que no es nada peligroso penetrar analmente sin preservativo a un hombre. El 14% dudo de que lo sea la penetración pasiva.

Negación de la enfermedad

A pesar de los conocimientos de que disponen, un gran número de presos expresan ciertas "razones" para negar del peligro. Ellos en una proporción tres veces mayor (27%) que los gays de bares (10%) creen que si alguien se va a infectar del Sida nadie podrá evitarlo; una proporción casi similar piensan que solamente la gente promiscua es la que se contagia de Sida y un 50% (en los bares, 35%) es de la opinión de que la prensa ha exagerado el problema del Sida (Cuadro 38a).

Uso y actitud hacia el condón

Bye (1985) en su estudio acerca del uso del condón, encontró que las actitudes negativas hacia éste están relacionadas con prácticas del sexo inseguro. En grupos de tabajo con hombres gays estadounidenses halló que a quienes les gustaba el sexo anal sin protección tenían actitudes negativas hacia el preservativo. Connell y otros (1988) observaron en Australia que las actitudes positivas hacia el condón se relacionaban con la adopción del sexo seguro.

En el estudio de los reclusos de La Reforma se descubrió que un bajo porcentaje usa siempre el preservativo y que casi las tres cuartas partes fue penetrado sin condón durante los últimos 30 días (Cuadros 7 y 8). Eso significa que los recluidos en ese centro penitenciario constituyen un sector que mantiene reservas contra el preservativo. El 73% considera que éste disminuye el placer sexual (Cuadro 32a). En cambio en caso de los gays de los bares, únicamente el 46% está de acuerdo con ésto. Un 50% entre los primeros, pero apenas un 22% entre los segundos manifiestan que si no tienen uno a mano, no se perderán una relación sexual. Dos veces más entre los internos (9%) que entre los que van a los bares (4%); opinan que el condón hace perder la concentración.

Los reclusos no solo tienen actitudes más negativas hacia el preservativo, sino que se inclinan más a satisfacer los gustos del compañero. De allí que el 59% de ellos están de acuerdo en que el preservativo debe usarse solamente si el compañero lo aprueba. Entre los clientes de los bares, apenas un 17% así lo considera. Las diferencias se hacen más evidentes cuando se comprueba que el 64% de los presidiarios opinan que si a uno lo van a penetar, es cuestión del compañero ponérselo o no, en tanto que en los bares este criterio lo sustenta el 14%.

En la mayoría de las relaciones sexuales en La Reforma no se usa el preservativo. Cinco de 22 personas entrevistadas nunca lo habían usado; 4 no lo usan ahora. Esto significa que el 41% no lo utiliza del todo, el 37% ocasionalmente y el 23% siempre (Cuadro 7). Sin embargo, en el curso de concientización se hizo evidente que ni siquiera ese 23% que decía usarlo siempre lo hacía en realidad.

Cuando se les preguntó qué factores actuaban para que lo utilizara o no, el 42% señaló el tipo de práctica sexual que realizaran; un porcentaje similar el hecho de que el compañero sea conocido; el 50% que la pareja sea el amante; el 42%, haber o no tomado drogas y, más importante, para el 58% la actitud del compañero.

Más del 60% usan el condón "si tienen uno a mano", lo que se vuelve sumamente peligroso en vista de la actitud de las autoridades, tema que se analizó anteriormente.

Es importante destacar que los reclusos conforman uno de los grupos que menos citan el tipo de práctica sexual como un factor a tomar en cuenta para el uso o no del condón (Cuadro 33a). La relación es de 42% en ellos y de 75% en los bares. Esto indica que su desconocimiento es mayor en un aspecto para la prevención del Sida.

La penetración anal sin protección, considerada una forma de relación especialmente peligrosa para infectarse, es frecuente. Un poco más de la mitad de los entrevistados la había practicado en los últimos seis meses y casi las tres cuartas partes admitieron haber sido penetrados sin condón durante el mismo período (Cuadro 8).

De todos los grupos, el de los prisioneros es el asido del sexo anal de ese tipo. Mientras en los gays de los bares, un 38% aceptó haberlo realizado durante los últimos seis meses (Cuadro 29a), en la carcel ese porcentaje ascendió a 82%. Este mismo grupo es después de los tabajadores del sexo, (61%) el que más reconoce haber practicado el sexo anal activo sin condón durante los últimos seis meses (54%).

Durante los últimos 30 días, un tercio de los entrevistados había hecho una penetración así, con un promedio de 2.6 veces. Además, el 68% hizo la penetración anal pasiva sin preservativo, con un promedio de 8.1 veces, en el mismo período (Cuadro 8). Los reclusos (Cuadro 28a) tienen un promedio de relaciones anales pasivas sin condón que es casi 2 veces mayor (4.2) al de los gays que asisten a los bares.

Podemos tomar en cuenta, por otra parte, que, de acuerdo con el estudio de Anthony Coxon (1986), sobre los diarios sexuales en sectores gays británicos, existe una tendencia a que quienes reportan esa clase de penetraciones en cuestionarios, disminuyan su número por su proclividad a olvidarlas o a reprimirlas. Esto lo comprobamos en los cursos de concientización, ya que la frecuencia de contactos sexuales que ahí se informó era superior a la señalada en el cuestionario.

La Reforma representa, como se constata, uno de los centros de actividad homosexual más peligrosos con respecto al contagio del VIH. El porcentaje de ellos que tiene prácticas inseguras superan aquí incluso a los trabajadores del sexo (principalmente debido a la penetración anal pasiva sin condón).

En vista de estos resultados, se trató de establecer la relación entre actitud negativa hacia el preservativo y sexo inseguro. El 73% de los entrevistados dijo que el preservativo disminuye el placer sexual. El 59% que lo hace perder la concentración (Cuadro 11). Sin embargo, cuando se trató de establecer esta asociación, no resultó significativa (Cuadro 12). La razón de este fenómeno radica en la influencia de otros factores. El tipo de relación, la prostitución, las drogas, el alcohol y la violencia, parecen ser mucho más importantes que la actitud individual, tal y como se verá más adelante. Esto permite conjeturar que el uso del preservativo en los travestis y homosexuales abiertos depende de la decisión que tomen sus clientes y amantes.

Reglas de juego en las relaciones

La cárcel es una institución llena de contradicciones. Entre ellas está la que consiste en que entre los presos hay una gran tolerancia hacia la homosexualidad, al mismo tiempo que una cultura masculina agresiva y hostil hacia lo débil y lo femenino. Para sobrevivir, el interno debe aprender a defenderse y cuidar su espacio por lo que su fortaleza física y la habilidad en el uso de armas punzo-cortantes son indispensables.

En esta cultura que sobrevaloriza lo masculino, las relaciones homosexuales se toleran mientras se respeten ciertas reglas básicas de los roles sexuales. Una persona afeminada y débil puede establecer una relación con un "cachero", es decir, un hombre que es masculino y que "oficialmente" no se define como homosexual. El primero se presenta socialmente como una mujer y el segundo, como un hombre. Para mantener los roles separados, el "homosexual", o sea el travesti, utiliza siempre un nombre de mujer, se viste como tal y desarrolla labores "femeninas" para el "cachero": planchar, lavar, limpiar. Este, cuando habla de su amante con otros, siempre se refiere al travesti con el pronombre "ella". La relación incluye la protección que el "cachero" le da a su amante. El impide que el travesti sea abordado por otros hombres.

Otro tipo de relación tolerada en la cultura del recluso es la de un hombre mayor con uno más jóven (cabrito). Los prisioneros adolescentes son apetecidos por quienes tienen mucho tiempo de estar en la cárcel y buscan en ellos una relación de control y de servicios "femeninos", a cambio de la protección en el penal. Aunque en esta relación no existe una diferencia de género marcada, la edad permite que el hombre mayor se considere como "macho" y protector de uno menor y más débil, según una réplica de la relación heterosexual.

Las relaciones entre hombres homosexuales que no reflejan diferencias de género o de edad, símbolos de la dicotomía masculino-femenino, no son tan toleradas o respetadas en la cárcel. Sin embargo, éstas también se dan aunque en forma "ilícita". A estos hombres se les llama "zorras" o personas "ocultas" o "escondidas".

Aunque solo se pudo entrevistar a un "cachero" en el estudio etnográfico, las entrevistas con los travestis y el cuestionario "Survey on Homosexual Response" arrojan información de estas relaciones, importante para el estudio de la transmisión del Sida.

No obstante la polarización de los roles respecto al género, en la práctica sexual existe una mayor simetría, pues los "cacheros", o supuestos "heterosexuales", practican el sexo anal activo o pasivo con sus amantes travestis (Cuadro 8).

Los travestis tienen, en promedio, un mayor indicador de penetración anal activa cuando están en una relación cerrada y se da una alta asociación, principalmente cuando no se usa el condón (Cuadro 13).

Los "cacheros", sin embargo, también tienen relaciones sexuales con sus esposas, amigas y amantes durante las visitas conyugales permitidas, y cuando tienen permiso de salida temporal de la cárcel. Por ejemplo, C, un "cachero" que es

amante de R, un travestido, tiene a la vez relaciones sexuales con una prima y una hermana de R, cuando éstas llegan los fines de semana. La prima se dedica a la prostitución. Para impedir los celos de R, C muchas veces tiene relaciones sexuales con él después de haberlas tenido ese mismo día con la hermana.

Un elemento de la cultura fomenta aún más las posibilidades de múltiples contactos. Los "cacheros" no deben ser sexualmente fieles a sus compañeros, según la cultura del penal, y más bien estimula que conquisten a otros travestis, como cualquier macho que tiene más de una mujer. Varios de ellos también se relacionan sexualmente con los homosexuales encubiertos o "zorras". De ahí que un "cachero" puede mantener, semanalmente, relaciones con varios hombres y mujeres.

Jerarquía

Los reclusos encuestados, por dedicarse muchos a la prostitución, no tienen problemas -aparentemente- en comunicar sus deseos sexuales. El 73% de ellos, mientras que solo el 43% de los gays de bares, considera muy fácil decirle a su compañero, antes de la relación sexual, lo que disfruta o no disfruta (Cuadro 42a). Un porcentaje idéntico considera muy fácil expresar su deseo sexual, lo que es nuevamente superior al de los gays de bares (45%).

A pesar de esta ventaja, en un grupo de patrones tan definidos como es la cárcel, la jerarquía está claramente establecida, sobre todo en relación al dominio que ejerce el "cachero" sobre el travestido. Sus amenazas penden constantemente sobre él. Una escena de celos puede desembocar fácilmente en una riña con cuchillo. Casi todos los travestis están marcados por cicatrices, testimonio de las peleas con sus compañeros. Al asumir el rol de "mujer" en la relación de pareja, quedan atrapados en las obligaciones y la casi ausencia de derechos de que goza la mujer en la sociedad latinoamericana.

Esto hace que seis veces más los reclusos (27%) que los gays de bares (4%) encuentren más difícil expresar que no se dejarán penetrar si no se usa el preservativo (Cuadro 42a). Esto mismo se refleja con la autoeficacia, puesto que un 64% declaró que poco o nada pueden hacer si el comañero sexual no quiere usar el preservativo (gays de bares=20%) (Cuadro 40a).

Aún conociendo ambos la eficacia del preservativo en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el "cachero" se niega rotundamente a usarlo. Esto se hace evidente en la relación de tipo cerrado, pues en ella se practica el sexo inseguro con mayor frecuencia (Cuadro 13). Por ejemplo, en esa relación se da un promedio mensual de 10.7 penetraciones anales pasivas sin condón, mientras que en la abierta el promedio es de 4.3. En esta última se practica en un mínimo la penetración anal activa con condón, mientras que en la cerrada no es usado.

En el curso de concientización los travestis dijeron tener grandes problemas con sus amantes al tratar de convencerlos de usar preservativo en sus prácticas de sexo anal. El solo hecho de plantearlo hace surgir en los "cacheros" sospechas acerca del estado de salud o de la fidelidad de su pareja. El poco poder de que goza el travestido, por el rol que asume en la relación, hace difícil que tenga éxito en su pedido. Esto se hace evidente si vemos que, entre otros factores que influyen en la decisión, o no de usarlo, el 58% de los entrevistados señaló que la actitud del compañero era la determinante (Cuadro 7).

Prostitución

El travesti en la pareja se convierte en el proveedor, irónica posición en una relación en la que juega el rol de "mujer". Algunos obtienen dinero en labores domésticas para el resto de los reclusos: lavan y planchan la ropa. Otros hacen "rifas" venta de números en combinación con la Lotería Nacional. Pero en un sistema penitenciario que ofrece pocas oportunidades de trabajo, es difícil que puedan tener un lugar de trabajo adecuado. Casi todos consideran los trabajos que se les asignan en la industria y en el campo como muy duros. Para satisfacer, entonces, las necesidades propias y del compañero recurren a la prostitución. Esta actividad la realizan a escondidas del amante oficial, por temor a sus represalias.

En el comercio sexual en prisión, el pago varía según las posibilidades del cliente. Fluctúa desde sumas bajas de dinero, hasta dosis de diferentes drogas. La demanda de favores sexuales es alta y la competencia es fuerte entre los mismos travestis y entre éstos y las "zorras" que en ocasiones también cobran.

Los travestis que están en relaciones abiertas y que, por lo tanto, son los que más tienden a la prostitución, tienen un promedio de 4.3 penetraciones anales pasivas sin usar condón al mes y solo 0.3 veces de penetraciones activas (Cuadro 13). Aunque este promedio es inferior al que se encuentra en relaciones cerradas, es suficientemente alto como para considerarse riesgoso.

Al tratar de establecer una relación entre los que manifestaron ser prostitutos y los que no, el promedio de penetraciones anales activas y pasivas sin condón no mostró una diferencia significativa (Cuadro 14). Sin embargo, debido a que únicamente 9 de los 22 entrevistados admitieron practicar la prostitución, aunque más lo harían en los cursos de concientización, no es de extrañar que haya sido imposible establecer la relación.

En esos cursos los travestis señalaron varias veces que el problema para usar el preservativo es que a los clientes no les gusta. Estos están dispuestos a pagar más o a evitar la relación sexual, si se les exige el condón, por lo que si la evidencia se mantiene buscan uno que no lo use.

La prostitución, en estas circunstancias, pone al travestido en una relación jerárquica inferior con respecto a su cliente. Su necesidad de dinero y, como se verá, su adicción a las drogas lo hace vulnerable a sus exigencias.

Sexo compulsivo

A pesar de que los internos optan por el sexo como comercio, son víctimas, al mismo tiempo, de una gran compulsión que los arrastra a ver en la relación sexual una forma de satisfacer también otras necesidades psicológicas, lo que agrava su situación.

Lo ratifican las diversas respuestas que dieron sobre tamas sexuales (Cuadro 41a). Los reclusos están cinco veces más de acuerdo (45%) que los clientes de los bares (10%) en que en los momentos de tensión, el sexo es lo único que relaja. En una proporción seis veces mayor (36%) que los otros (6%), expresaron que cuando se está inseguro, lo mejor es buscar un nuevo compañero sexual. Por diez puntos de diferencia (41%) piensan más en el sexo que los gays de bares (31%).

Además, por casi 15 veces más (23%) que los de los bares (2%) opinan que si no se logra hacer un contacto sexual en un bar que termina en una relación sexual, es que algo está fallando. Asi mismo, creen más (32% y 13% respectivamente) en que no hay que controlarse cuando el deseo sexual apremia. Finalmente, un 45% contra un (7%), declaró que la mejor manera de sentirse atractivo es iniciar un nuevo romance.

Homofobia interiorizada

El hecho de que los reclusos miren a sus compañeros sexuales como hombres no homosexuales y que vivan en un ambiente en el que se desprecia al varón afeminado, influye en que ellos asimilen estos mensajes negativos y desprecien a otros homosexuales como ellos. Esto socava los lazos de solidaridad entre ellos mismos y hace más difícil su solidaridad en asuntos sociales y de salud.

Existen diversas opiniones con respecto a la homosexualidad (Cuadro 39a). Más del doble (32%) que los gays de bares (16%) está muy de acuerdo con la idea de que "si cualquiera pudiera escoger, sería heterosexual". En casi tres veces más los presos (23%) que los otros (9%) consideran al Sida como un castigo de Dios y que cuando se inicia un nuevo romance, es mejor salirse del ambiente. El doble (27%), en los bares el (13%) considera un pecado el sexo entre

hombres y opina que la gente de ambiente se buscó el Sida por lo promiscua que es. El 59% de los internos, mientras que solo el 13% de los gays que frecuentan los bares, considera que es mejor que el amante sea heterosexual. Finalmente, el 32% (el 23% en el otro caso) es de la opinión de que las relaciones entre homosexuales no duran por lo infieles que estos son.

En algunos casos, los reclusos encuestados no se diferencian significativamente de los gays de bares. En vista de que la mayoría de ellos son travestidos u hombres muy afeminados, su actitud hacia el hecho que la gente se entere de que son homosexuales, no les preocupa. De ahí que más de ellos (64%) que los de gays de bares (37%), opine que no importa si la gente sabe que uno es gay, que esta es una decisión personal (68% de ellos a favor, 59% de los gays de bares) y que el problema de la aceptación social recae sobre el resto de la gente.

Alcoholismo y drogas

Existe un alto porcentaje de consumo de drogas en La Reforma. A pesar de los controles rigurosos, la cocaína, la marihuana y los barbitúricos son de fácil acceso y de uso cotidiano (Cuadro 15). Una actividad usual es la elaboración de "chicha", bebida alcohólica que se hace con cualquier cereal o alimento que se fermente. Los presidiarios, en recipientes que ocultan, vierten el agua y luego el alimento a fermentar (como el pan) y a veces agregan "pilas" o baterías desechadas. Unos días después consumen el líquido producto de esta mezcla. El elevado consumo diario de drogas y "chicha" constituye un importante factor de riesgo en la transmisión del Sida.

Ese riesgo comienza con una de las formas en que se introduce la droga. Durante las visitas dominicales que hacen las mujeres, ellas, dentro de un preservativo oculto en su vagina, transportan la droga hasta la entrada de la prisión. Allí un travestido se introduce en el recto el preservativo que traía la mujer. Esa maniobra, hecha muy de prisa, es evidente que conlleva mucho riesgo de infección.

El grupo de los reclusos es uno de los que más admiten utilizar la marihuana antes de las relaciones sexuales. Unicamente se compara con el de los bisexuales (Cuadro 36a). De los que fuman marihuana, el 42% la utiliza siempre o casi siempre antes del sexo, mientras que éste es el caso solo del 10% de los que asisten a bares. Los reclusos constituyen el segundo grupo que más ha probado la cocaína (59%), superado únicamente por los trabajadores del sexo (73%).

Con el alcohol que es más difícil conseguirlo en prisión, los internos tienen índices menores de consumo. El promedio de tragos consumido en la última semana fue de 0.4, muchísimo inferior al 21.3 en los bisexuales o al 11.4 en los gays que asisten a bares. Sin embargo, el 11% de los reclusos toman frecuentemente antes de las relaciones sexuales, aspecto que demuestra que se las ingenian para conseguir alcohol en el centro penal.

Profundizando en el análisis de la relación entre drogas y sexo inseguro se encontró que el uso de la coca está relacionado con la práctica de la penetración anal activa y pasiva sin condón (Cuadro 15). Además, se dio una asociación significativa entre el consumo de licor y la relación sexual pasiva. Esto se corrobora al saber que el 42% del grupo entrevistado admitió que el haber tomado licor o drogas influyó en su decisión de usar el preservativo (Cuadro 7).

Este mismo resultado se obtuvo con las preguntas que se refierían a la autoeficacia (Cuadro 40a). El 55% aceptó tener problemas con el sexo seguro cuando están intoxicados.

Estos hallazgos ratifican los resultados de estudios similares realizados entre homosexuales por Stall y otros (1986), Bye (1987) en San Francisco y Connell (1988) en Australia. Bauman y otros (1987) en un estudio de 160 hombres gays en New York (1985) encontraron que una combinación entre drogas y actividad sexual era el factor más importante para predecir un estado seropositivo. Prieur (1988), en un estudio etnográfico en Oslo, halló que los hombres que se intoxicaban antes de tener relaciones sexuales tendían a practicar el sexo anal sin protección.

Violaciones

Todos los entrevistados relatan el peligro de las violaciones, que ellos llaman "atentados". Pueden ocurrir al ingresar en la cárcel o posteriormente. En éstas participan ocho o más reclusos en promedio. La víctima es amenazada con un arma punzocortante y reducida a la indefensión por los atacantes. En estos brutales hechos, como es claro, no se usa el preservativo, lo que los convierte en un fuente muy peligrosa para un posible contagio.

Por estar sobrepoblada La Reforma, sus pabellones se han convertido en áreas de gran peligro, a tal punto que el personal de vigilancia no se atreve a entrar diariamente. Lo hace únicamente durante las requisas que se hacen cada cierto tiempo, cuando se refuerza el número de vigilantes.

Los dormitorios y los servicios sanitarios son "tierra de nadie", dominados por las "cuadrillas", pandillas jefeadas por los reclusos de mayor peligrosidad. Estas "cuadrillas" establecen las reglas del juego y manejan la vida en el penal, incluído el comercio sexual, y son propiciadores de las violaciones.

Los motivos para que se produzcan los "atentados" son diversos. En ocasiones ocurren durante los primeros días de ingreso del travesti a la cárcel, en caso de que no haya encontrado pronto un "padrino" que lo proteja y que sea respetado por el resto de los reclusos. También sucede que a menudo un travestido no acepte las propuestas sexuales de determinado interno, lo que ocasiona que sea violado por el rechazado y otros confabulan con él. Cuando un

travesti que se ha integrado a una pandilla y logrado así la protección a cambio de sexo o dinero, decide pasarse a otra, la venganza no se hace esperar: la violación masiva es el precio a la deserción.

El hecho de que un travesti tenga modales muy finos, muy de "clase alta", es otro motivo de violación sirve para enseñarle que en la cárcel esta conducta no es aceptada. La infidelidad entre parejas es también castigada con igual procedimiento. El amante despechado se une al resto de la pandilla y ataca al traidor. También se da como forma de venganza contra presos no travestis y como rito de iniciación de jóvenes no homosexuales.

Los "atentados" ocurren durante la noche en los dormitorios y en los servicios sanitarios. Las víctimas que se resisten son heridas. Después, el ofendido nunca da los nombres de los agresores, pues el precio puede ser la muerte. La recuperación del trauma sufrido ocurre sin que ningún funcionario de seguridad o de salud del penal se entere.

CONCLUSIONES

La propaganda del Ministerio de Salud de Costa Rica, desde el inicio de la campaña de prevención contra el Sida, enfatizó la relación de la enfermedad con los homosexuales. La trilogía "HOMOSEXUAL=SIDA=MUERTE" ha calado en la mentalidad general y los funcionarios de La Reforma no han sido la excepción. Pese a que poseen información adecuada sobre el Sida, sus formas de contagio y de prevención, siguen ligando, indisolublemente, los conceptos de homosexualismo y Sida.

Aunque todos los funcionarios del centro penal reconocen la existencia de la actividad homosexual entre los reclusos, no hay una política clara sobre la prevención de la enfermedad. La mayoría, se niega a entregar preservativos a los internos, pues aducen que esto fomentaría el homosexualismo. Tampoco imparten charlas informativas o cursos de prevención dirigidos a la población penal.

El conocimiento individual de la prevención y trasmisión del Sida, por parte de los reclusos entrevistados, es aceptable. Las actitudes hacia el condón son negativas y no influyen significativamente en el uso. La decisión depende de factores enraizados en la cultura sexual de la cárcel. Los obstáculos para la adopción del uso del preservativo se encuentran en la actitud negativa del "cachero", que lo mira como símbolo de enfermedad y de infidelidad. La prostitución, el uso de alcohol, drogas y las violaciones en grupo, son factores determinantes en la no utilización del preservativo. Otros factores como la poca educación, la homofobia interiorizada, la negación de la enfermedad, la

falta de control eficaz que los prisioneros tienen de sus vidas, el sexo compulsivo y la falta de solidaridad también intervienen y hacen más difícil el cambio de las actitudes hacia el sexo seguro.

Hasta hace muy poco, el preservativo no formaba parte de la cerrada cultura sexual de la cárcel. La aparición del Sida ha comenzado a remover los cimientos de esta premisa. Algunos reclusos homosexuales están cobrando conciencia de la importancia de prevenir el contagio mediante su uso. Pero se encuentran arrinconados entre la homofobia oficial y la actitud renuente de sus amantes y clientes. En vista de que éstos no se definen como homosexuales, ni perciben riesgo en sus prácticas, y se mantienen aislados sin contactos que puedan facilitar el intercambio de información sobre el Sida, la prevención será imposible hasta que los "cacheros" se concienticen e inicien ellos mismos la campaña de prevención.

La cárcel es en Costa Rica son una verdadera bomba de tiempo para la propagación del Sida. Por un lado, cuenta con una población muy activa sexualmente pero que no practica el sexo seguro. Por el otro, existe un grupo de funcionarios que todavía no ha podido hacer la diferencia entre un virus y una orientación sexual. Mientras la homofobia del personal continúe predominando en la cárcel, ni los homosexuales abiertos ni los escondidos encontrarán las posibilidades de prevenir una epidemia.

CUADRO 1

PREGUNTAS Y RESPUESTAS DE TEMAS RELACIONADOS

CON PROGRAMAS Y RECURSOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

(en porcentajes sobre 62 funcionarios del Sistema

Penitenciario Nacional)

Preguntas	*SI*	*NO*
Si se presenta una enfermedad infecto-contagiosa, ¿cuentan con un espacio apropiado para aislarlo?	*13*	*87*
¿Existe algún tipo de recurso específico para la lucha contra el SIDA donde labora?	*18*	*74**
¿Ha recibido algún curso de educación sanitaria?	*48*	*52*
¿Se le brinda a los reclusos algún tipo de educación sanitaria?	*44*	*56*
¿Existe algún programa de control del SIDA?	*32*	*68*
¿Existe algún mecanismo de difusión acerca de los riesgos del SIDA y su prevención?	*32*	*68*

¿Se suministran preservativos?	*14 86*
¿Existe alguna política o régimen espacialmente orientado a los homosexuales?	*5 95*

**El porcentaje restante no respondió.*

***FUENTE**:Umaña Di Palma A. El SIDA y la Prisión. Comisión del SIDA para el Sistema Penitenciario. Ministerio de Justicia, Dirección General de Adaptación Social. 1989.*

CUADRO 2

RESPUESTAS A PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL

CONTAGIO DEL SIDA EN LA CARCEL

(en porcentajes sobre 62 funcionarios del Sistema

Penitenciario Nacional)

Preguntas		Porcentajes
¿Cómo ubicaría a las personas que guardan prisión?		
	-Bajo riesgo	5
	-Alto riesgo	95
¿Internos con mayor riesgo de contraer el SIDA?		
	-Homosexuales	94
	-Bisexuales	26
	-Heterosexuales	13
¿Corren los funcionarios penales riesgo de contraer el SIDA?		
	-Sí	68
	-No	32
Contacto directo (excepto el sexual) con un individuo que padezca SIDA:		
	-Bajo riesgo	50
	-Ningún riesgo	21

-Alto riesgo 20

¿La cárcel es un medio más apropiado para

contraer el SIDA?

-Sí 52

-No 43

-No responde 5

Respuestas afirmativas: Por homosexuales 26

Promiscuidad 16

Hacinamiento 10

¿Conoce Ud. algunos síntomas que se consideran

"sospechosos" del padecimiento del SIDA?

-Sí 60

-No 40

Aislar a homosexuales y portadores como medidas

que recomendaría para evitar el contagio. 15

***FUENTE**:Umaña Di Palma A. El SIDA y la Prisión. Comisión del SIDA para el Sistema Penitenciario. Ministerio de Justicia, Dirección General de Adaptación Social. 1989.*

CUADRO 3

PORCENTAJE DE RESPUESTAS VERDADERAS SOBRE CONOCIMIENTO,

VIAS DE CONTAGIO, PREVENCION Y ORIGEN DEL SIDA

(en porcentajes sobre 37 funcionarios de La Reforma)

Tema	Porcentaje
El SIDA es:	
Una enfermedad que debilita el sistema de defensas	*100*
Enfermedad que ataca el corazón	*5*
Vías de contagio por contacto:	
Sexual	*100*
Homosexual	*100*
Heterosexual	*89*
Social	*3*
Prevención del SIDA:	
Tener una pareja	*97*
Usar siempre condón	*84*
Lavarse después de hacer el sexo	*30*
Relaciones sexuales solo con mujeres	*8*
Evitar amistades homosexuales	*5*
Poner en cuarentena a homosexuales	*11*

Realizar exámenes obligatorios del SIDA *87*

Origen del SIDA:

Promiscuidad de homosexuales *54*

Un virus se transformó *57*

Acto divino de castigo *11*

Promiscuidad de no homosexuales *32*

CUADRO 4

PORCENTAJE QUE HA TENIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y NUMERO DE INFECCIONES TENIDAS ALGUNA VEZ POR TIPO DE ENFERMEDAD

Enfermedad de transmisión sexual	*Número de entrevistados*	*Porcentaje*
Total	*22*	*100*
Gonorrea		
Nunca	*9*	*41*
*Alguna vez**	*13*	*59*
1	*7*	*32*
2	*2*	*9*
3	*3*	*14*
4	*1*	*4*
Sífilis		
Nunca	*9*	*41*
*Alguna vez**	*13*	*59*

Piojillo		
Nunca	*12*	*54*
*Alguna vez**	*10*	*46*
1	*3*	*14*
2	*3*	*14*
3	*1*	*4*
4	*3*	*14*
Herpes		
Nunca	*21*	*96*
*Alguna vez**	*1*	*4*
Uretritis no específica		
Nunca	*21*	*96*
*Alguna vez**	*1*	*4*

**Reportaron solo una infección.*

NOTA:*No se reportaron casos de verrugas venéreas, uretritis, sarna ni de hepatitis B.*

CUADRO 5

AÑO DE LA ULTIMA INFECCION DE LOS CASOS QUE REPORTARON

INFECCIONES DE GONORREA Y SIFILIS

Año de la última infección	*Número de travestis*	*Porcentaje*
Total	*13*	*100*
Gonorrea		
Antes de 1980	*8*	*62*
1985	*2*	*15*
1986	*2*	*15*
1988	*1*	*8*
Sífilis		
Antes de 1980	*5*	*39*
1980-1984	*3*	*23*
1985	*1*	*8*
1986	*2*	*15*
1989	*2*	*15*

CUADRO 6

COMPAÑEROS SEXUALES HOMBRES TENIDOS POR LOS ENTREVISTADOS

DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES

Número de entrevistados	*Promedio de compañeros sexuales*
2	*0*
4	*1.5*
6	*5.5*
5	*22.8*
5	*193.8*
Total *22*	
Promedio	*51*
Mediana	*7*
Moda	***
Mínimo	*0*
Máximo	*365*

**Los valores 0, 1, 2, 4 y 6 compañeros sexuales se repitieron 2 veces cada uno.*

CUADRO 7

FRECUENCIA ACTUAL DE USO DEL PRESERVATIVO Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISION DE USARLO

Frecuencia de uso	*Número de travestis*	*Porcentaje*
Total	*22*	*100**
Frecuencia		
Siempre	*5*	*23*
Casi siempre	*3*	*14*
Algunas veces	*3*	*14*
Casi nunca	*2*	*9*
Nunca	*4*	*18*
Nunca lo ha usado	*5*	*23*

Factor**	*Sí*	*No*	*NS/NR*
Tipo de práctica sexual	*42*	*42*	*16*
Si la persona es conocida	*42*	*58*	*-*
Si la pareja es el amante	*50*	*50*	*-*

Haber o no tomado licor o drogas	*42*	*58*	*-*
Tener el condón a mano	*67*	*33*	*-*
Actitud del compañero	*58*	*42*	*-*
Saber que el examen del SIDA es negativo	*50*	*42*	*8*
Saber que el compañero es negativo	*50*	*50*	*-*

** Los porcentajes no suman el 100% por efecto del redondeo.*

***Se incluyen 12 casos que manifestaron usarlo casi siempre, algunas veces, casi nunca o nunca.*

CUADRO 8

PRACTICA DE LA PENETRACION ANAL ACTIVA O PASIVA SIN USAR EL CONDON

Período de referencia	*Penetración anal sin condón*			
	Activa		*Pasiva*	
	(N)	***(%)***	***(N)***	***(%)***
Total	*22*	*100*	*22*	*100*
Ultimos 6 meses				
Sí	*12*	*54*	*16*	*73*
No	*10*	*46*	*6*	*27*
Ultimos 30 días				
Sí	*7*	*32*	*15*	*68*
No	*15*	*68*	*7*	*32*
*Promedio**	*2.6*		*8.1*	

**Se calcula el promedio para los que tuvieron solo penetración anal activa o pasiva.*

CUADRO 9

AÑO EN QUE SE ENTERO SOBRE EL SIDA Y CONOCIMIENTO

SOBRE EL VIH Y EL SIDA

(en porcentajes sobre 22 entrevistados)

	Verdadero	Falso	No sabe
Año en que oyo del SIDA	(%)		
1982-1985	50		
1986	27		
1987	18		
1988	5		
Conocimiento			
Por el largo período de incubación puede ser transmitido por alguien que parece estar sano	95	5	-
El virus se transmite por el semen	86	5	9
El uso del condón previene la transmisión del virus del SIDA	86	5	9
La penetración del ano con el puño			

causa heridas que ponen a la persona

en mayor riesgo de contraer el virus

si después se tiene coito anal 82 4 14

Reducir el número de compañeros(a)

sexuales me ayudará a reducir el

riesgo de contraer el virus del SIDA 82 14 4

El virus se transmite por la sangre 77 9 14

Lo importante para reducir el riesgo

de contraer el virus del SIDA no es

el número de compañeros sexuales

sino lo que uno practique con ellos 68 23 9

Mamar el ano (contacto oroanal)

aumenta el riesgo de contraer

el virus del SIDA 59 18 23

Se transmite por la saliva 23 50 27

CUADRO 10

CONOCIMIENTO DE LOS SINTOMAS RELACIONADOS

CON EL VIRUS DEL SIDA

(en porcentajes sobre 22 entrevistados)

Síntomas	*Sí*	*No*	*No sabe*
Pérdida de peso inexplicable (más del 10% del peso corporal)	*82*	*4*	*14*
Manchas abultadas púrpuras en la piel	*77*	*-*	*23*
Diarrea persistente	*73*	*4*	*23*
Cansansio inexplicable	*64*	*9*	*27*
Fiebre	*59*	*14*	*27*
Confusión inexplicable, amnesia, pérdida de la concentración	*45*	*23*	*32*
Ganglios inflamados por más de tres meses	*45*	*18*	*37*

Sudoraciones nocturnas	*36*	*32*	*32*
Tos seca	*36*	*23*	*41*
Manchas blancas en la lengua persistentes	*27*	*9*	*64*

CUADRO 11

ACTITUD HACIA EL USO DEL PRESERVATIVO, DECISION DE USO Y

CONOCIMIENTO SOBRE EL USO

	De Acuerdo	En Desa-cuerdo	No sabe
Actitud hacia el uso			
Disminuye el placer sexual	*73*	*18*	*9*
Lo hace a uno perder la concentración	*59*	*36*	*5*
Decisión de uso			
Se deja de usar cuando ya se quiere al compañero	*68*	*27*	*5*
Si me van a penetrar es cuestión del compañero ponérselo	*64*	*36*	*-*
Debe usarse solo si el compañero está de acuerdo	*59*	*36*	*5*
Si no tengo uno no voy a perder una relación sexual por eso	*50*	*45*	*5*
Cuando uno penetra no hay necesidad de usarlo	*36*	*55*	*9*

Conocimiento del uso

Debe usarse uno nuevo en cada acto sexual	*91*	*5*	*4*
Se rompe fácilmente	*68*	*18*	*14*
Debe inflarse y estirarse para probar su calidad	*41*	*41*	*18*

CUADRO 12

PROMEDIO DE PENETRACION ANAL ACTIVA Y PASIVA

SIN USAR EL CONDON POR ACTITUD HACIA EL

CONDON DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS

Actitud	Promedio de penetración anal sin usar condón	
	Activa	Pasiva
Número de entrevistados	*(22)*	*(22)*
Total	*0.9*	*5.9*
Disminuye placer sexual		
De acuerdo	*0.7*	*5.8*
En desacuerdo	*1.8*	*6.3*
*(Eta*100)*	*27*	*2*
Hace perder la concentración		
De acuerdo	*0.5*	*3.7*
En desacuerdo	*1.4*	*8.8*
*(Eta*100)*	*26*	*35*

CUADRO 13

PROMEDIO DE PENETRACION ANAL ACTIVA Y PASIVA

SIN USAR EL CONDON EN LOS ULTIMOS 30 DIAS

POR TIPO DE RELACION

Tipo de relación	Promedio de penetración anal					
	Con eyaculación		Sin condón		Con condón	
	A*	P*	A	P	A	P
Número de entrevistados	(22)	(22)	(22)	(22)	(22)	(22)
Promedio	0.4	7.1	0.8	5.4	0.04	1.3
Tipo de relación						
Cerrada	1.0	14.9	2.1	10.7	0.0	2.6
Abierta	0.2	4.7	0.3	4.3	0.09	0.9
Célibe	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
(Eta*100)	49	66	59	55	21	35

*Se refiere a la penetración anal Activa y Pasiva.

CUADRO 14

PORCENTAJE QUE HA RECIBIDO DINERO, REGALOS O FAVORES

ESPECIALES A CAMBIO DE SEXO DURANTE LOS ULTIMOS

12 MESES Y FRECUENCIA DE USO DEL CONDON

	Número de entrevistados	Porcentaje	Penetración anal Activa	Penetración anal Pasiva			
Han recibido							
Total	22	100	0.8	5.5			
Sí	9	41	1.0	4.4			
No	13	59	0.7	6.3	(Eta*100)	9	13
Frecuencia de uso del condón							
Total	9	100					
Siempre	1	11					
Algunas veces	2	22					
Rara vez	2	22					
Nunca	4	45					

CUADRO 15

PENETRACION ANAL ACTIVA Y PASIVA SIN USAR

EL CONDON POR TIPO DE DROGA CONSUMIDA

Consumo de drogas	*Total*		*Penetración anal sin condón*					
			Activa			*Pasiva*		
				Sí	*No*		*Sí*	*No*
	(N)	***(%)***	***(N)***	***(%)***	***(%)***	***(N)***	***(%)***	***(%)***
	22	*100*	*22*	*32*	*68*	*22*	*68*	*32*
Licor								
Sí	*18*	*82*	*7*	*86*	*14*	*15*	*93*	*7***
No	*4*	*18*	*15*	*80*	*20*	*7*	*57*	*43*
Marihuana								
Sí	*19*	*86*	*7*	*86*	*14*	*15*	*93*	*7*
No	*3*	*14*	*15*	*86*	*14*	*7*	*71*	*29*
Coca, ácido								
Sí	*13*	*59*	*7*	*86*	*14**	*15*	*73*	*27***
No	*9*	*41*	*15*	*47*	*53*	*7*	*29*	*71*

**La prueba de Chi-cuadrado da diferencia significativa a un nivel de significancia del 10%*

***La prueba de Chi-cuadrado da diferencia significativa a un nivel de significancia del 5%.*

EL CONTROVERSIAL METODO SIMONTON PARA PREVENIR EL CANCER Y LUCHAR CONTRA ESTA ENFERMEDAD

¿La sentencia de muerte?

Cuando en el año 1984, el ser más querido recibió el diagnóstico de que el tumor caceroso, operando cuatro años y medio antes, había metastizado, o sea, había invadido otro órgano, mi reacción, similar a la mayoría de personas que se enteran de que alguien que quieren tiene un tumor inoperable fue de total desesperación. ***"Mi madre me dije estaba condenada a muerte por esta maldita enfermedad"***

*Después del golpe emocional inicial, experimenté una serie de sentimientos que contribuyeron a reafirmar mi temor original. A pesar de las visitas a los centros médicos nacionales y los norteamericanos, el mal parecía incontenible e implacable. Ni los médicos ni las máquinas prometían algo mejor que una prolongación limitada de la vida, "****Esto no se puede curar",*** *me dijo el especialista norteamericano.*

La tecnología actual es tan poderosa que cuesta pensar que su influencia es un cáncer avanzado sea tan reducida. Durante nuestras consultas al exterior, me encontré con máquinas gigantescas que hacían y emitían toda clase de sonidos; que buscaban señales de la enfermedad por todo el cuerpo, y que quemaban o radiaban aquellos tejidos afectados.

Sin embargo, ninguna de ellas prometía una curación y su fracaso hacía que percibiera el cáncer como un enemigo cada vez más poderosa, traicionero y letal. ***"Entre más grandes las máquinas, me confesó una paciente que esperaba su turno para la radiación, más miedo me da él cáncer y más vulnerable me siento. Parece mentira que una máquina tan grande como la de cobalto no pueda más que frenar, por un rato, el avance del tumor".***

Otra de las cosas que contribuyó a esta percepción fatalista fue la minusvalía de la personalidad del paciente con cáncer. Después del diagnóstico, mi familia se convirtió en un tumor más. Nuestros parientes y amigos empezaron sutilmente a relacionarse con nosotros desde la perspectiva de la enfermedad y de su estado, como si toda la realidad de la persona se contuviera en ella.

Los tratamientos en los hospitales se dirigían al paciente como cuerpo, limitándose a inyectar la quimioterapia o a radiar los tejidos.

A pesar de los grandes esfuerzos del personal médico por ayudar y controlar la enfermedad, muchos de ellos no tenían mucha esperanza de su efectividad y de una u otra manera, así lo comunicaban.

Las personas transmiten ciertos mensajes no verbales y en Costa Rica vivimos engañados cuando creemos que sólo lo que se dice verbalmente se comunica.

Una enfermedad de un hospital de país lo corroboró un día cuando discutíamos acerca de los temores de los pacientes y de los doctores a hablar francamente del cáncer. ***"He conocido muchos pacientes a quienes los parientess y los médicos los tienen engañados y no les dicen que tienen cáncer. Pero en realidad, la mayoría de las veces, son los familiares los que están en la luna.***

Los pacientes saben lo que tienen pero callan para no asustar a sus conyúges o hijos". *"Los pobres deben sentirse solos y apabullados con esta actitud"*

Este pacto no oficial de silencio me hizo ver que en el subconsciente de la mayoría de la población y del personal médico está grabada la idea de que el cáncer inoperable o metastizado es invencible.

"Nosotros radiamos en un lugar y tarde o temprado relató un radiólogo el mal aparece en otro lado".

La culpa no es de los médicos. Los oncólogos están demasiado ocupados en la lucha física contra el cáncer y no pueden atender los temores y las dudas de sus pacientes más afectados. La especialización médica del siglo XX ha hecho que cada médico se preocupe por una parte distinta del cuerpo o de la enfermedad, lo que compartimentaliza al individuo y lo hace perder de vista la integración de lo físico con lo mental.

En medio de esta confusión, gracias a una psicóloga de California, nos enteramos de que Carl Simonton, oncólogo radiólogo, director del Centro Asesor y de Investigación sobre el Cáncer, en Forth Worth, Texas, tendría un "panel" en la ciudad de los Angelesm sobre su controversial método psicológico de la lucha contra la enfermedad y, sin saber mucho sobre él y su tratamiento, nos inscribimos de inmediato.

Por considerar que lo que allí aprendí puede servir de ayuda para los pacientes con cáncer u otras enfermedades en Costa Rica, para que sus familiares y amigos cercanos, pra todo aquellos que quieran luchar en contra de esa enfermedad, y para los que se preocupan por conservar su salud, y su dignidad como seres humanos, ante la adversidad. He aquí un resumen de lo que el doctor Carl Simonton y sus colegas discutieron con nostors durante esa semana inolvidable.

El Deseo de Vivir

Carl Simonton se interesó en los aspectos mentales del cáncer cuando hacía su residencia en radiología en el Centro Médico de la Universidad de Oregón. En el hospital notó que muchos pacientes decían que querían vivir, pero actuaban como sin no quisieran. " Un hombre con cáncer en el pulmón, por ejemplo, seguía fumando. Una mujer con

un tumor en el hígado seguía tomando". Este sector, a pesar de no tener prognosis fatales, fallecía mucho antes de lo que los doctores anticipaban.

Un grupo pequeño, sin embargo, contradecía todas las expectativas. A pesar de que tenía una prognosis muy seria, y su pronóstico de vida no era mayor de 12 meses, seguía regresando, año tras año, a recibir su tratamiento.

En su libro ***Getting Well Again,*** *Simonton nos informa que cuando los interrogó acerca del por qué creían que estaban bien, los pacientes le respondieron con frases como* ***"no puedo morir todavía por que mi hijo debe terminar la secundaria",*** *o* ***"no voy a morir hasta que resuelva este problema financiero".*** *La característica que tenían en común, nos dice el autor, es que estos pacientes ejercían una influencia sobre la enfermedad.*

La diferencia entre los dos grupos era de motivación. Las actitudes ante la vida y la enfermedad de los pacientes, que superaban todas las estadísticas en su contra, eran más positivas, decididas y enérgeticas. El deseo de vivir era el motivo que los ayudaba a enfrentarse al mal.

EL papel de la personalidad

De acuerdo con las observaciones, Carl y su esposa Stephanie, psicóloga, empezaron a estudiar la literatura que vincula la personalidad con la enfermedad. Los Simonton descubrieron que la carcaterística principal del paciente de cáncer es su propensidad a al depresión y a la desesperanza.

"La enfermedad es frecuentemente la única oportunidad que esta gente tiene de pedir ayuda para satisfacer sus necesidades, de darse el lujo de enojarse, hacerse más egoístas, de aprender a decir no".

Estos médicos llegaron a la conclusión de que los factores psicológicos influyen no solo en quiene desarrollarían el cáncer, sino también en quienes de recuperación de él.

Los pacientes propensos a la depresión "tienden a producir desajustes hormonales" que reducen el poder del sistema inmúnologico.

Los estudios del doctor Thomas H. Holmen lo han podido corrobarar al predecir qué personas desarrollarán alguna enfermedad, con base en los índices de "estrés" padecidos en un período de 6 a 12 meses antes del diagnóstico.

Lawrence Le Shan, psiquiatra neoyorkino, en un controversial estudio de la conexión entre el "estrés" y el cáncer, producto de las observaciones de sus pacientes con tumores, concluya que el 76% de estos sufrían de "estrés" crónica sin recursos para ventilarse, de 6 a 12 meses antes de diagnóstico.

Los Simonton, luego, empezaron a estudiar las teorías de la nueva ciencia de la fisioretroalimentación. Esta disciplina investiga e poder de los procesos psíquicos para influir, modificar y alterar los procesos fisiológicos.

Los investigadores de esa rama científica, en varios estudios de laboratorio, han suministrado evidencia de que la mente puede modificar la tensión muscular, el sudor y otras actividades que hasta hace poco se consideraban como involuntarios.

Barbara Brown, pionera de esta disciplina en los Estadis Unidos, opina que "la mente puede crear y eliminar la enfermedad y la investigación en fisioretroalimentación es la primera prueba científica del fenómeno" Muchas de las investigaciones han girado alrededor del ministerio de poder del placebo.

El placebo es una pastilla azucarada que no tiene ningún valor medicinal. Sin embargo, ésta ha permitido observar el gran poder de la mente para curar.

En estudios de laboratorio con pacientes con úlcera, se formaron dos grupos. Al primero se le dijo que la medicina que iban a tomar era un instrumento efectivísimo para curar las úlseras; al segundo, que ésta era una droga experimental sin muchas expectativas. A los dos grupos se le dio la misma pastilla: un placebo que no tenía ninguna propiedad curativa.

El resultado de éste y otros muchos trabajos con placebos ha sido sorprendente.

El primer grupo mostró, en un 75% una gran mejoría; el segundo, únicamente en un 25%. La diferencia entre ambos grupos fue que aquellos que creyeron que la pastilla los curaba, tenían expectativas optimistas y éstas los sanaron.

Estos trabajos influyeron en la teoría de Simonton acerca del cáncer y su método para combatirlo.

Aunque ellos admiten que los factores genéticos, nutricionales, radioactivos o carcinógenos pueden tener una incidencia en su desarrollo, es la personalidad de paciente su causa principal.

"No toda la gente que está expuesta a estos otros factores se enferma. ¿Qué es lo que pasa con la gente que tiene propensión al cáncer y continúa sana"?

El meollo del asunto, de acuerdo con ellos es que el paciente de cáncer se caracteriza por su propensidad a la depresión. Un "estres" crónico, sin que pueda resolver o expresarse, produce cambios hormonales que a su vez, debilita el sistema inmunológico.

" Los pacientes de cáncer han sufrido de grandes depresiones de 9 a 18 meses antes del diagnóstico".

Todos producimos, en algún momento, continúan los Simonton, células anormales que son destruídas por nuestras defensas naturales. Pero en el caso de los que desarrollan tumores, la producción se suscita en un período en el que el sistema inmunológico se encontraba debilitado. "Una gran cantidad de investigaciones demuestran que el desarrollo del cáncer no sólo necesita la presencia de células anormales sino que requiere de la supresión de las defensas naturales del organismo".

Este mismo principio se podría aplicar a los enfermos del Sida. Muchos de los que se contagian del virus VIH no desarrollan la enfermedad en un período de 10 años; otros sucumben rápidamente. Es posible que algún factor psíquico sería el que explique cuáles se enferman, y cuáles no.

Con base en sus observaciones, los Simonton decidieron establecer un método que trabaje a la inversa.

Si el cáncer es una enfermedad del "estrés" y la depresión razonaron ellos, ¿no podría la esperanza y la alegría de vivir contribuir a la curación? ¿No sería posible que si lográramos que nuestra mente exprese de otra manera su ansiedad, hacer que ella nos ayude a sanar?

Esta posición puede resultar sorprendente para todos aquellos que les cuesta creer que a pesar de toda la revolución tecnológica, sea la m ente y nuestros propios recursos, al final de cuentas, los "que hagan la diferencia". Sin embargo, los resultados del método Simonton no parecen desmentirlos.

RESULTADOS

El Método Simonton se base en la premisa de que la enfermedad no es un fenómeno físico únicamente. Su tesis es que ésta es "un problema de toda personalidad, que incluya no sólo el cuerpo sino que también las emociones y las actitudes". Un tratamiento efectivo, entonces, debe tomar en cuenta a la persona como un todo, o sea, deber ser holístico". No creemos de verdad que podemos dar la batalla. No se puede tomar el tratamiento y esperar que sea

efectivo si en el fondo pensamos que todo será inútil. No se puede sanar si el especialista que nos da la medicina esta comunicándonos, consciente o inconscientemente, que nada logrará salvarnos".

El proceso de curación de estos galenos no va en contra del tratamiento convencional. Por el contrario, los Simonton consideran que su método debe servir como complemento, y no como proceso antagónic, a la terapia tradicional. Los galenos introducen, eso así, varias técnicas de relajación, de imágenes mentales, de ejercicios físicos, de dietas y de formas creativas pra enfrentarse como el "estrés", que deben practicarse regularmente.

"La lucha comienza con el cambio de nuestras actitudes y creencias acerca de la enfermedad. La mente es el primer órgano que debe conquistarse".

Para medir la repercusión de su método, los Simonton trabajaron con un grupo de 159 pacientes con diagnosis de cáncer "incurables", con expectativas de vida de 12 meses aproximadamente.

Este grupo fue comparado con las estadísticas promedio norteamericano para pacientes con prognosis idénticas.

En enero 1978, cuatro años después, el 63% de los pacientes tratados por los Simonton estaban vivos, con un promedio de sobrevivencia de 24.4 meses, el doble del promedio nacional norteamericano para el grupo de control. Los pacientes que murieron, vivieron un promedio de 20.3 meses, o sea 1.5 veces más que aquellos que únicamente recibieron el tratamiento convencional. Los que en 1978 estaban aún vivos, habían sobrevivido el doble de lo que vivieron sus contrapartes en el grupo de control.

El estado físico de los pacientes que aún vivían en 1978, o sea el 63% de los tratamientos por los Simonton, era el siguiente:

Pacientes	***No***	***%***
Sin evidencia de cáncer	*14*	*22.2*
Tumor en remisión	*12*	*19.1*
Tumor estable	*17*	*27.1*
Nuevo crecimiento del tumor	*20*	*31.8*

"Debemos recordar, nos dice el galeno, que 100% de estos eran casos considerados como incurables"

La calidad de vida del paciente es tan importante como la cantidad de años de sobrevivencia. Los Simonton midieron la "calidad" con base en la actividad diaria física de sus pacientes, antes y después el tratamiento.

En 1978, cuando se concluyó la investigación, el 15% de los pacientes realizaba las mismas actividades físicas que antes del diagnóstico y el 76% hacia por lo menos el 75% de ellas. Este nivel de actividad, nos dicen los Simonton, para personas médicamente incurables no es menos que extraordinario".

Los Simonton insisten en que su método no da falsas expectativas, sino que provee una experanza razonable, frente al cáncer a pacientes que se caracterizan por la falta de esperanza y por la depresión. También sirve para que los familiares aprendan a enfrentarse constructivamente y con optimismo con la enfermedad.

Criticas

El Método Simonton ha sido recibido con bastante escepticismo por la comunidad médica. Algunos galenos opinan, como Bernard Fox, del Instituto Nacional de Cáncer, que los Simonton han comparado un grupo el que acuden a su clínica en Texas que tienen mejores perspectivas económicas y físicas para hacer el viaje, con el nacional que incluye a pacientes que están incapacitados para moverse, por lo que los datos anteriores no pueden ser del todo confiables.

Jimmi Holland, jefe de psiquiatría del Memorial Sloan Kettering

Cancer Center de Nueva York, considera, por su parte, que los estudios que vinculan el cáncer con ciertos tipos de personalidad no han sido lo suficientemente riguroso. Holland cree que la teoría de los Simonton incrementa los sentimientos de culpabilidad de los pacientes en razón de que los hace sentirse causantes de su propia enfermedad.

A pesar de estas críticas, nadie se ha atrevido a cuestionar la devoción y la integridad de los especialistas. Los Simonton no están trabajando para lucrar del mal ajeno. El mismo Carl así lo señaló en una entrevista para la revista ***Smithsonian****: "la muerte de mis pacientes ha sido algo tan desvastador para mí que creí que llegado casi a destruirme por estar tan involucrado con su recuperación".*

El Método Simonton paso a paso

El Método Simonton es de tipo "holístico", o sea que considera que tanto lo físico como lo psíquico es indispensable para combatir el cáncer. Sus creadores los doctores Carl y Stephanie, opinan que un factor imprescindible para que el tratamiento sea efectivo es que el paciente tenga un estado emocional positivo. La persona que tiene tendencia a la depresión y a la desesperanza tiende a debilitar su sistema inmunológico y a servir de presa de la enfermedad. El cáncer según estos especialistas debe interpretarse como el resultado de un sistema de defensa mermado.

En razón de ser el cáncer una enfermedad asociada con estados depresivos y con altos grados de "estrés" o de tensión, el método ideal para combatirlo, nos dice Carl, es por medio de la esperanza y de la alegría de vivir. Una actividad positiva ante la vida, una enfermedad, y la seguridad en la propia capacidad del organismo para sanar, es la fórmula ideal para vencerlo.

Estos especialistas, sin embargo, recomiendan a sus pacientes que no renuncien al tratamiento médico convencional. De acuerdo con su criterio, el Método Simonton debe servir como un suplemento adicional a la terapia médica. El paciente, por consiguiente, debe continuar con su tratamiento, ya sea éste de hormonas, de quimioterapia o de radiación, y añadir una serie de técnicas nuevas de tipo mental.

Sin embargo, los Simonton recomiendan ciertas pautas a seguir

aparentemente sin importancia, de la misma oficina del oncólogo. Las secretarias, en primer lugar, pueden convertirse en sus aliadas o enemigas.

Muchas de ellas son, a veces, personas con poca preparación pra relacionarse con el paciente con cáncer, pues no comprenden que esta enfermedad hace que en muchas ocasiones la persona llegue malhumarado o desesperada.

Muchos pacientes con cáncer se vuelven tan dependientes de los oncólogos, como resultado de la poca confianza en su capacidad de controlar la enfermedad, que callan con entoicidad ante cualquier agravio con el fin de no molestar a su "salvador". De ahí que las quejas, comparadas con las irregularidades, sean relativamente pocas.

Una doctora de la Caja Costarricense del Seguro Social opina, que, en la práctica privada, parte de la culpa recae en los pacientes. "Ellos se minusvalorizan tanto y consideran que él único que puede ayudarles es aquél que se consideran como el mejor oncólogo".

En resumen, los Simonton consideran que el paciente debe tratar al oncólogo como su aliado y como un recurso importante, pero no el único, ni necesariamente el decisivo, en la lucha contra el cáncer.

Un paciente más seguro de sí mismo reduciría su dependencia en el oncólogo y podría exigirle un trato más acorde con su personalidad. Si el doctor no se conforma con sus expectativas y le quita más energía de lo necesario, el enfermo debería buscarse otro. Esto ayudaría a que el enfermo valorice más su participación en el proceso y también sus necesidades.

Los Simonton entienden que un viraje de 180 grados en la personalidad del paciente que padece de cáncer no es una meta sencilla de alcanzar. El individuo con un tumor, sin embargo, tiene una amenaza sobre su vida que puede facilitarle su apertura al cambio. Por esta razón, el Método le ofrece al paciente una serie de técnicas que le permitan neutralizar su estado depresivo, por un lado, y orientar toda la energía, por el otro, a combatir la enfermedad.

Estas técnicas, entonces, son de carácter "de ventilación", o sea aquellas orientadas a hacer que el paciente termine con las causas de su "estres" y otras de tipo "creadoras de energía positiva", o sean las que permiten obtener fuerzas para luchar contra el cáncer, como los ejercicios, los juegos, las metas y las actividades que le den motivación al paciente.

En el cuadro I se presenta un calendario de actividades para seis semanas. El paciente debe realizar cada una de estas tareas de la manera que se explicará posteriormente. Después de estas seis semanas, los Simonton esperan que él o ella incorporen estas técnicas permanentemente en su vida.

Cuadro 1

Modelo "Holistico" para la recuperación del cáncer

Seman uno

Actividad 1.1 Lectura

1.2 Relajación, imágenes mentales (tres veces al día)

Semana dos

Actividad 2.1. Relajación/Imágenes mentales (tres veces al día)

2.2 Tensiones antes de su enfermedad

2.3 Los beneficios de la enfermedad

Semana tres

Actividad

3.1 Relajación/imagénes mentales (tres veces al día)

3.2 Ejercicio físico

3.3 Asesoría

Semana cuatro

Actividad

4.1 Relajación/imagénes mentales (tres veces al día)

4.2 Ejercicio físico

4.3 Imágenes acerca de la reaparición y de la muerte

4.4 Superar los resentimientos

Semana cinco

Actividad

5.1 Relajación/Imágenes mentales (tres veces al día

5.2 Ejercicio Físico

5.3 Repetición del tema de reaparición y muerte

5.4 Establezca metas

Semana seis

Actividad

6.1 Relajación/imágenes mentales (tres veces al día)

6.2 Ejercicio físico

6.3 Meditación del Guía Espiritual

El Método

Nota: Después de la sexta semana, continúe con las meditaciones y ejercicios en forma permanente. Si su cáncer ha desaparecido, varie su meditaciones en forma de que su sistema inmúnologico mantenga un patrullaje permanente contra cualquier célula cancerosa. Si se siente mejor físicamente, trate de ir realizando cada una de sus metas e invierta más tiempo en superar los entimientos de enojo y de resentimiento.

1.1 Lectura

Después de que usted lea este artículo, que está basado en las ideas que se comunicaron personalmente el doctor Carl Simonton y su equipo, y el libro publicado por ellos, Getting Well Again ("Recuperándose", en español), los Simonton sugieren que el paciente realice una serie de lecturas adicionales que le reafirmen su convicción de que existe una interdependencia entre la mente, las actitudes y emociones y el cuerpo.

1.2 Relajamiento y las imágenes mentales

Estas dos actividades que se deben practicar unidas o separadas; de acuerdo con el estado de ánimo de la persona, son el instrumento más poderoso del Método Simonton. La relajación es importante porque es el primer paso que da el paciente hacia un mayor control de sus procesos físicos y mentales.

En vista de que los pacientes con cáncer tienden a caracterizarse por estados anímicos depresivos, y de "estrés" internalizado, la relajación permite contrarrestarlos.

La relajación sirve también pra combartir el miedo, que es un sentimiento provocado por la idea de que se ha perdido control del cuerpo.

El mecanismo propuesto por los Simonton para relajarse es el mismo que se utiliza en todas las meditaciones. Por esta razón, las primeras ocho etapas de las diez que se presentan a continuación serán las mismas que se deberán cursar cuando se haga las "Imágenes mentales" (1.2,2.1,3.1,4.1,5.1 y 6.1) luego las meditaciones (4.3, 5.3, y 6.3).

Relajamiento

Nota: Para realizar bien este ejercicio y las meditaciones posteriores, busque alguien que lea estas instrucciones o grábelas primero con su voz en un casete, y luego escúchelas in leerlas.

1. Busque un cuarto tranquilo con poca luz. Cierre la puerta; desconecte el teléfono; descanse en una silla confortable; ponga los pies en el piso, y cierre los ojos.

Si la música no lo distrae, puede escuchar temas clásicos o de meditación.

2. Préstele atención a su respiración por 1 o 2 minutos

3. Inhale profundamente el aire y cuando exhale, repita la palabra "relación" o visualicela de alguna forma en su mente.

4. Concéntrese ahora en las tensiones que siente en su rostro. Piense que cada una es un nudo o un puño y que usted, al soltarlo lentamente, lo va aflojando.

5. Dedíquese ahora a relajar los pequeños músculos de sus ojos. Imagínese que un manto de luz como un bálsamo empieze a relajar su cuerpo, de arriba a abajo.

6. Tense sus ojos y suéltelos de nuevo. Esto le indicará su estado de relajamiento.

7. Aplique esta técnica de "tensión y relajación" a todo su cuerpo, moviéndose lentamente desde arriba: cuello, hombros, pechos, brazos, manos, estómago, genitales, nalgas, piernas y pies.

8. Quédese así de 2 a 5 minutos más. Trate de dejar su mente en blanco o fija en alguna imagen agradable y tranquila. No luche en contra de sus pensamientos. Si éstos se le vienen a la mente, déjelos pasar como nubes.

9. Empiece a volver a la realidad objetiva y esté listo para, lentamente, empezar a abrir sus ojos y a tomar conciencia de su habitación.

10. Abra los ojos y vuelva a su vida normal.

El relajamiento, por ende, puede servir a los propósitos señalados anteriormente. Sin embargo, es importante que la persona prosiga del relajamiento a las "Imágenes Mentales" de lucha contra el cáncer y otro enfermedad.

Los Simonton recomiendan que las imágenes mentales se hagan cuando el paciente se sienta con energía y buena disposición para hacerlas. Cuando no se está en buen estado de ánimo, el paciente podría percibir el cáncer como un enemigo formidable, aspecto que sería contrario al objetivo de esta meditación.

Si existe una energía y actitud positiva, pues, el paciente debe continuar con la meditación de "Imágenes mentales". Se deben repetir los primeros ocho pasos del "Relajamiento" para continuar luego con el siguiente proceso.

1 al 8. Haga los ocho primeros procesos del ejercicio de Relajación.

9. Una vez que se sienta relajado, empiece a imaginarse con hermoso lugar que puede ser un bosque, una playa, un río, o el fondo del mar, y fíjese en sus colores, su vegetación, sus sonidos, sus colores y su textura.

10. Disfrute de ese lugar de 2 a 3 minutos.

11. Empiece ahora a visualizar su cáncer. Piense en él como compuesto de células débiles y confusas, fáciles de destruir.

12. Si está recibiendo algún tratamiento, piense éste como un buen aliado que le ayuda a destruir sus células cancerosas. Aunque algunas de sus células normales están siendo afectadas, suponga que éstas siendo afectadas, suponga que éstas se recuperan muy rápido. Recuerde que éstas si pertenecen a su cuerpo y son sabias e inteligentes.

13. Imagínese ahora a sus glóbulos blancos entrando en acción y terminando por destruir a las células cancerosas que quedan.

Piense en estos glóbulos como si fuesen un ejército de millones de soldados listos para atacar cualquier cosa que no pertenezca a su cuerpo.

14. Vea como las células muertas empiezan a ser evacuadas de su organismo por medio de los procesos normales.

15. Piense en que su tumor se hace cada vez más y más pequeño hasta que desaparece de su cuerpo.

16. Visualícese libre de toda enfermedad.

17. Felicítese por haberse dedicado tiempo para sanar.

18. Prepárese para abrir los ojos.

19. Abralos y vuelva a su rutina diaria.

Imágenes mentales contra otras enfermedades (Sida)

1 a 8. Haga los ocho pasos del ejercicio de relajación

9. Visualice su sistema inmunólogico como un ejército de millones de glóbulos blancos que patrullan y destruyen toda sustancia extraña o virus en su cuerpo. Piense que su sistema inmunológico desarrollan anticuerpos contra los virus invasores y contra las enfermedades oportunistas.

10. Imagínese a los alimentos, a las vitaminas, a los ejercicios y a los cuidados higiénicos como sus aliados para combatir el virus y las enfermedades

11. Siéntase libre de toda enfermedad.

12. Véase logrando todos los objetivos de su vida..

13. Felicítese por haber tomado el tiempo para su cuidado físico.

14. Prepárese para abrir los ojos y   tomar conciencia del cuarto en que se encuentra.

15. Abralos y vuelva a su vida normal.

Cómo debe visualizarse el cáncer, el tratamiento y el sistema inmunólogico en el ejercicio anterior?

Los Simonton opinan que la manera en que usted se imagina estos tres elementos dice mucho de su actitud. Por esta razón, es importante que dibuje primero, en un papel, cómo percibe su tumor; el tratamiento que recibe, ya sea éste la radiación, las hormonas, o la quimioterapia y su sistema inmunológico, o sea las defensas naturales en cotra de la enfermedad.

Los pacientes deprimidos y desperanzados tienden a visualizar el cáncer con imágenes de animales feroces de ratas, cangrejos, culebras o insectos disminutos como hormigas, pero estos últimos imposibles de erradicar. ¿Ha tratado usted alguna vez de eliminar exitosamente las hormigas de su jardín? A la vez, ellos dibujan o visualizan el tratamiento y sus defensas como poco efectivos y vulnerables. Veamos, a manera de ejemplo, el dibujo de uno de los pacientes de los Simonton cuando empezó el tratamiento:

Imágenes mentales de Jennifer durante su primera visita

Jennifer, de 30 años, tenía cáncer en el ovario. En su primer dibujo, presentó el cáncer como un cubo de hielo que se derretía ante el calor del sol (su sistema inmunológico); el tratamiento se dibujaba como un polvo blanco que se rociaba sobre la célula cancerosa, pintaba como un mostruo.

Un polvo blanco no podía obviamente frenar al cáncer (el monstruo). Tampoco el sol parecía tener una acción agresiva, en razón de que derretía elcubo mientras alumbraba, sin una incidencia directa. El dibujo demostraba así el temor de Jennifer a su cáncer y su desconfianza de los recursos con que contaba para eliminarlo.

Seis meses después Jennifer dibujaba estos elementos de una manera diferente.

Imágenes mentales de Jennifer, 6 meses después

Es este nuevo bosquejo Jennifer, al igual que muchos de los pacientes de los Simonton, demostró que había cambiado su opinión de cáncer. Sus glóbulos blancos se representaban esta vez como furiosos tiburones con filosos dientes. Las células cancerosas, por su parte, se dibujan más pequeñas y menos malévolas.

Sin embargo, no se ven en el dibujo una interación entre la quimioterapia y el cáncer, elemento que podría haber reflejado una posición más positiva de Jennifer.

No obstante, estos dos dibujos demuestran un progreso mental de la paciente hacia una actitud más agresiva y combativa contra el mal.

Con el fin de que usted visualice las imágenes más apropiadas para su carácter, los Simonton recomiendan que utilice las figuaras reales o imaginarias, que quiera: animales, sombras, colores, piedras, seres humanos, u otras formas. No obstante, estos especialistas opinan que debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

1. Las células cancerosas son débiles y confusas, fáciles de destruir (la imagen apropiada sería verlas como huevillos de pescado, fáciles de romper).

2. El tratamiento que recibe es fuerte y poderoso.

3. El sistema inmunológico es un ejercito de millones de glóbulos blancos, listos a atacar a las células anormales.

4. Las células normales que son afectadas por la quimioterapia o la radiación se recuperan fácilmente: son células que sí pertenecen a su cuerpo y son sabias e inteligentes.

5. Las células cancerosas son destruidas y expulsadas fácilmente del cuerpo por los procesos normales.

6. Al final de la Imagen Mental, veáse libre de la enfermedad

7. Termine esta "Relajación/Imágenes Mentales" con una visualización de usted siendo capaz de realizar las actividades que se propaga.

2.2 Tensiones o "estrés" antes de su enfermedad

Este ejerccio es importante realizarlo porque, praa que usted llegua a confiar en el Método, debe realizar un autoexamen de su personalidad que le aclare cómo y por qué desarrolló el tumor. Al mismo tiempo, una vez que entienda cuáles fueron las tensiones que debilitaron su sistema inmunólogico y lo hacen todavía, usted podría tener los orígenes del problema y proponer las soluciones adecuadas.

Los Simonton han encontrado que la mayoría de sus pacientes sufrieron, de 6 a 18 meses antes del diagnóstico, un período de depresión y de "estrés" crónicos e irresueltos, que los llevó a sentirse atrapados y sin esperanza.

La muerte o el abandono de un ser querido, la pérdida de un trabajo o el deterioro de la relación con el cónyugue o con el compañero (a), son ejemplos de estas tensiones.

Es, entonces, imprescindibles que el paciente haga una lista de las cinco tensiones principales sufridas de 6 a 18 meses antes del diagnóstico y otras con las cinco que actualmente le causan depresión y desesperanza. De esta manera el paciente podría entender cuáles son las áreas en que debe tener cambios con el fin de recuperarse.

Es parte primordial de este ejercicio que la persona, una vez identificada sus áreas problemáticas y sus fuentes de "estrés" busque la ayuda profesional de un psicólogo o de un psiquiatra que le permita superarlas. La tensión internalizan es una fuente permanente de debilitamiento de sus defensas naturales y de desperdicio de energía que le serviría para luchar contra el cáncer.

De acuerdo con Carl Simonton la solución más urgente no consistiría en la eliminación permanente del "estrés" aspectos a veces muy díficil de lograr, sino en un mejoramiento de su actitud ante ella. "Usted es quien determina el significado de los eventos", nos dice él.

2.3 Los beneficios de la enfermedad

Pareciera una barbaridad afirmar que alguien puede obtener beneficios de padecer cáncer. Sin embargo, la enfermedad en nuestra cultura es una salida, a veces, de situaciones emocionales insostenibles. Una vez enfermo, el individuo puede solicitar un mayor grado de cariño y de atención de su familia y dejar de hacer una serie de cosas desagradables.

El niño aprende temprano que en la enfermedad puede quedarse en casa y recibir los cuidados de su madre cuando está cansado de ir a la escuela, o cuando se sienta solo y desatendido.

Como adultos, todos en algún momento de nuestras vidas utilizamos una gripo o una gastritis para no ir a trabajar o para evitar enfrentarnos con una situación difícil.

El paciente con cáncer, según el psiquiatra Le Shan, es uan pérsona que tiende a poner de primero las prioridades de las personas quelo rodean. El tumor es el instrumento del inconcciente, nos dice él. para pedir ayuda y para que el individuo empiece a reconocer y atender sus necesidades. Según este pisquiatra, "el cáncer es una señal de peligro en el camino de la vida"

Para Carl Simonton esta "señal" es una trampa porque aunque le brinda al individuo el permiso de dejar de hacer lo que le desagrada, pone su vida en peligro de muerte.

Por esta razón, los Simonton recomiedan que, primero analice cuáles con los beneficios que la enfermedad le ha deparado (permisos para salirse de situaciones díficiles; obtención de cuidados, mismos y atenciones; oportunistas para utilizar la energía en otras áreas, incentivos para crecer y cambiar lo desagradable; liberaciones de las expectativas de los otros) y, segundo, estudie de qué manera puede usted obtener todos estos beneficios sin necesidad de recurrir a la enfermedad.

Para realizar este ejercicio adecuadamente, escriba una lista de los 10 beneficios principales que le ha deparado su enfermedad y una alternativa para conservarlos, pero prescindiendo del cáncer.

3.2 Ejercicio físico

Esta es una de las actividades que le permiten el paciente reducir sus tensiones y acumular energía positiva. Aunque en su libro los Simonton recomiendan 3 horas semanales de cualquier tipo de ejercicio o de deporte, esta regla puede modificarse de acuerdo con el estado del paciente y de su gusto por las actividades físicas.

No debe convertirse, según ellos, en una tarea obligatoria y desagradable. Si usted no es amante del deporte, opte por caminar una hora diaria u otra actividad menos pesada. El ejercicio, sin embargo, es una excelente forma de relajamiento físico y mental que es parte importante de su Método.

3.3 Asesoría

El paciente debe buscar una asesoría que le permita expresar sus sentimientos. Esta no tiene por qué limitarse al médico, al psicológo o al psiquiatra. El sacerdote, el ministro, o el rabino, el trabajador social o una amistad cercana, pueden servir de apoyo al paciente que desee establecer un diálogo franco.

Los familiares, por estar tan involucrados unicamente con su enfermedad y por tratar, ya sea de protegerse ellos o a usted mismo de ciertos temas fuertes, no son generalmente agentes adecuados para este tipo de apoyo.

Es importante, eso sí, que la persona que busque para desahogarse esté compenetrada emocionalmente con usted y tenga fe en su capacidad de recuperación. Personas pesimistas o indiferentes no son recomendables.

4.3 Reaparición y la Meditación de la muerte

Muchas personas que empiecen con este tratamiento podrían encontrarse que el cáncer ha regresado o invadido o otro órgano. Este evento no debería interpretarse comooo evidencia en que el Método ha fracasado. En realidad, no se sabe a ciencia cierta para que los cambios anímicos empiecen a tener una repercusión en su tumor.

Algunos pacientes sufren retrocesos iniciales para luego realizar adelantos importantes en su curación. Otros sufren de reapariciones porque no han realizado los cambios suficientes como para alterar se depresión; otros han hecho demasiadas modificaciones muy rápidamente que podrían ser contraproducentes.

Cualesquiera que sean las causas, no se desanime: dése un tiempo apropiado para sobreponerse y vuelva a comenzar.

La meditaciónn sobre la muerte es una de las etapas más difíciles para el paciente de cáncer. En nuestra sociedad occidental la muerte está cargada de negativismo, de temor y de una aureola de fracaso.

Los pacientes, a veces, le tienen más temor al tipo de muerte que tendrán que al mismo proceso final.

La mayoría de las veces, la muerte es menos dolorosa y traumática de lo se anticipa. A la vez, se puede convertir en una última etapa de aprendizaje del individuo y de su familia. El proceso puede llevarse a cabo con una unión con los seres queridos, repleto de amor y de cariño.

Muchos experimentos que se han hecho con drogas han corroborado que los pacientes que meditan y visualizan sobre su propia muerte, desarrollan una actitud más despreocupada y relajada durante el desenlace final.

Sus visiones de la muerte son de una gran belleza, de luminosidad, y de tranquilidad.

Meditación de la muerte

Nota: Si usted siente que no está preparado para hacerla, desista de esta Meditación y espera para cuando se siente capaz.

1 al 18. Haga los ocho pasos del ejercicio de Relajación

9. Imagínese a su doctor informándole que su cáncere ha regresado (si usted no tiene cáncer, piense que alguien le dice que se va a morir). Medite sobre los sentimientos y los pensamientos que se le vienen a la cabeza por esta noticia ¿Adónde acudiría? ¿A quien le hablaría? Tome su tiempo para pensarlo.

10. Vea ahora que se acerca la muete. Experimente el deterioro físico natural. Piense en todos los detalles que implica el proceso de morir.

Medite acerca de lo que perderá cuando expire. Déjese unos minutos de tiempo para enfrentarse a todo ello.

11. Visualice a los seres queridos a la par suya cuando muere. Imagínese como responderían, qué dirían, y que harían en ese instante. Luego, piense en el momento de su propia muerte.

12. Asista a su funeral y observe a la gente que está con usted: fíjese en lo que dicen, en lo que hacen y en lo que sienten. Permítase suficiente tiempo para experimentarlo.

13. Ahora que ha muerto, ¿que pasa con su conciencia o espíritu? Muéstrase adónde va de acuerdo con sus creencias religiosas o filosóficas.

14. Una vez que ha llegado ante la presencia divina o cósmica que le dio origen, revise su vida en detalle. ¿Está feliz en la forma en que vivió? ¿Qué haría diferente? ¿Qué resentimiento tenía y aún tiene?

15. Si tiene usted la oportunidad de regresar a la tierra en un cuerpo distinto pra crear una nueva vida, ¿escogería a sus mismos padres? ¿Qué cualidades usted tendría? ¿Cuál sería su ocupación?

¿Qué sería esencial realizar en su nueva vida? Piense cuidadosamente en todas sus respuestas.

16. Observe que el proceso de la muerte y de la reencarnación es permanente en su vida. Cada vez que usted cambia a sus sentimientos y sus creencias, algo muere y algo nace. Ahora que lo ha experimentado, estará consciente del proceso de la muerte y de la regeneración.

17. Vuelva lentamente y tranquilamente al momento actual y regrese a su rutina diaria.

Los Simonton han introducido esta meditación porque, conscientemente o inconscientemente, los pacientes sufren del miedo a la muerte y consideran que, si realizan un ejercicio que los haga llegar lo más próximo a la experiencia real, ellos invertirán menos energía en esta preocupación y más en aquello que los ayude a luchar contra el cáncer.

Si siente que esta Meditación es demasiado fuerte para usted, hágala en compañía de un ser querido, o pospóngala para cuando

se encuentre mejor preparado.

4.4 Superar los resentimientos

Los pacientes con cáncer tienen muchas cosas irresueltas (un rechazo emocional, un abandono, una traición y una agresión podría ser las causas de la tensión que provocó la enfermedad) y éstas pueden quedar aprisionadas por muchos años. Un resentimiento, a diferencia de un enojo que es momentáneo, dura años y puede producir una tensión permanente.

Por esta razón, la siguiente meditación es una técnica para terminar con su "estrés": (Ver Meditación de los resentimientos).

5.4 Estableciendo metas

Comoo se indicó, Carl Simonton entendió el por qué de la sobrevivencia de algunos pacientes que tenían prognosis graves cuando éstos le indicaron que tenían una muy buena razón para vivir.

Los objetivos de estos pacientes variaban mucho. Unos decían que tenían que esperar una graduación o una boda, otros que esperaban arreglar una situación financiera o emocional, y otros más querían hacer un viaje o ver crecer a sus hijos.

El vínculo común entre ellos era que por su actitud positiva, lograban ejercer una influencia sobre el cáncer.

El Método Simonton le pide entonces al paciente que escriba una lista de varias metas a alcanzar en términos de un año. Con ésto se pretende quela persona conceptualice las razones para continuar con su vida y oriente sus energías para lograrlas.

Existen una serie de ventajas cuando usted establece sus propias metas:

a. Ellas lo preparan emocionalmente y mentalmente para comprometerse con su plan para recuperar la salud,

b. Indican confianza en su capacidad de satisfacer sus necesidades,

c. Demuestran que usted está en control de su vida, lo que a la vez desarrolla una percepción positiva de sí mismo,

d. Dirigen su energía y la orientan hacia la obtención de ciertas prioridades. Lo que importa es que usted luche por ellas, y no que necesariamente las logre.

Sugerencias

Estos especialistas ofrecen algunos criterios para establecer sus metas:

1. Escriba primero las metas en forma bastante balanceada, incluyendo las que le dan sentido a su vida y aquellas que le sean placenteras:

a. actividades de crecimiento personal y profesional (negocios, estudio, mejores relaciones personales, aprendizaje).

b. actividades de recreación (juegos, pasatiempos, entretenciones)

c. actividades físicas (ejercicios, deportes).

2. Hágalas concretas y específicas. No se imponga metas imposibles, en las que termina fracasando y que no están en su poder lograrlas.

3. Coviértalas en algún modo de medición. Cuando se refieren al ejercicio, escriba cuánto quisiera hacer por semana; cuando sea recreación, anote lo que le gustaría en horas diarias, etc.

4. No caiga en la trampa de fijarse metas que cada semana aumente. No es necesario que su ejercicio, por ejemplo, incremente o que imponga escribir un libro más cada mes. Usted debe entender que las metas son una forma de hacer su vida más placentera y significativa y no una impresión más sobre sí mismo. Trátese con cariño.

Meditación para superar los resentimientos:

1 al 8. Repita los 8 pasos del Ejercicio de Relajación

9. Visualice a la persona a la que usted le tiene resentimiento.

10. Piense ahora que ese individuo recibe las cosas que siempre ha querido: amor, dinero, éxito, fama, etc.

11. Analice sus reacciones. Si les difícil desearle todas esas cosas buenas a su enemigo, verá que con el tiempo se hará más fácil.

12. Póngase ahora en el lugar de la otra persona cuando sucedió el pleito o la ruptura.

Trate de entender la actitud de su enemigo u opositor.

13. Note que después de haberlo pensando así, se siente más relajado y con menos resentimiento.

14. Abra los ojos lentamente y resuma sus actividades.

6.3 Meditación del Guía Espiritual

Algunos teóricos han propuesto que en nuestra mente existe un "centro" que dirige, regula e influye en el curso de nuestras vidas. Freud lo llamó el "inconsciente". Este se comunica con el "consciente" por medio de los sentimientos, los sueños y las intuiciones.

Si embargo, los primeros que utilizarían las técnicas para comunicarse con ese centro "que todo lo sabe" fueron los discípulos de Jung.

En nuestra cultura, se tiende a ignorar los mensajes del inconsciente. La enfermedad, para algunos teóricos, es uno de ellos y ese "centro" la crea con el fin de que cambiemos alguna conducta o situación nociva. La mayoría de las veces sin embargo, preferimos "matar" el dolor o la enfermedad con una aspirina antes de averiguar cuál es el recado de nuestro incosciente.

Los Simonton se enfrentaron con este proceso cuando entrenaban a sus pacientes a realizar el ejercicio de Meditación de Imágenes.

Algunos pacientes de un momento a otro, se encontraban "bloqueados" mentalmente y no podrían imaginarse su cáncer.

Ante la insistencia de Carl o de Stephanie, los pacientes narraron que en sus sueños, a veces, visualizaba a una figura paternal que les decía que no los dejaría imaginarse el cáncer a menos de que cambiaran una que otara acción que era perjudical para todo el cuerpo.

La figura paternal no era otra cosa que el inconsciente mismo de la persona.

Por esta razón, estos galenos dicidieron crear una meditación guiada con el fin de que el paciente establezca un diálogo con su incosciente, o guía espiritual y averigue el por qué de su enfermedad y cualquier otro mensaje importante que su mente "incosciente" quiere hacerle saber a la parte "consciente"

Esta meditación también sirve para desenredar bloqueos ocultos y problemas no resueltos en el incosciente. Estos diálogos en muchas ocasiones, nos explican la razón de algún dolor, de la depresión, de la angustia y nos indican los cambios que debemos realizar para combatirlos.

La imagen del "Guía Espiritual" puede responder a la Jesucristo, a la de un guía hindú o la de cualquier persona de autoridad o de gran espiritualidad. Usted debe dejar que su incosciente le indique quién o qué será su guía espiritual.

La mayoría de las veces la persona es un mensaje del incosciente. El guía espiritual puede variar de una meditación a otra (Ver cuatro página siguient).

Meditación del guia espiritual

1 al 8. Haga los 8 primeros pasos del ejercicio de relajación

9. Imagínese en un lugar hermoso, tranquilo y solitario. Préstele atención a los colores, a los sonidos, a las plantas y a los animales.

10. De un momento a otro, usted empieza a observar que hay un largo camino que se extiende más allá del horizonte.

11. Como tiene curiosidad por examinarlo, se acerca lentamente a él y se fija en lo extenso que es. Sorpresivamente, una luz blanca azulada se perfila en el horizonte y se le acerca.

12. Cuando está más próxima, observe que esta luz corresponde a una figura humana. Puede apreciar expresiones de su rostro.

13. Una vez frenta a ella, reconoce a la persona. Si se siente bien y a gusto, ésta que puede ser un hombre o una mujer, es su guía espiritual.

14. Después de saludarlo (a) y reconocerla (o) como su guía, siente la necesidad de hacerle una o varias preguntas. Su guía le responderá, verbalmente o no, a esas inquietudes.

15. Después de haber evacuado sus dudas, póngase de acuerdo para volverse a ver.

16. Despida, luego, a su guía por el mismo camino por donde llegó hasta que lo ve convertirse de nuevo en aquella luz blanca azulda. Una vez que él o ella se pierde en el horizonte, usted siente que esa luz protectora lo envuelve completamente.

17. Vuelve con lentitud a su estado consciente.

Apoyo Familiar

Es importante que la familia comprenda la filosofía de los Simonton y el significado de las partes de este método para que sirvan como fuente de apoyo cuando el paciente, por una u otra razón, se desanime o se deprima.

Para que el cónyugue, los padres, los hijos y los hermanos puedan ofrecer el soporte emocional adecuado, ellos mismos deben cambiar sus actitudes y creencias sobre el cáncer. Es imposible que usted pueda ayudar si no está convencido de que el paciente pueda efectar el curso de su enfermedad.

La familia, sin embargo, es víctima de una serie de sentimientos de depresión, de culpabilidad y de cólera que, en muchas ocasiones, resultan una carga más para la persona con diagnóstico de de cáncer. Por esta razón es importante que se preste atención a algunas recomendaciones finales de los Simonton:

Acepten los sentimientos

En el caso del cáncer no existen sentimientos "apropiados" e "inapropiados". Si su madre o padre o cónyugue tiene un tumor, es comprensible que una de sus reacciones fuese el enojo por sentirse abandonado.

Epilogo

Mientras escribía la parte final de este ensayo sobre el Método Simonton mi madre, quien fue por la que me puse en contacto con estos especialistas, se agravó y falleció dos días antes de la publicación del primer artículo de esta trilogía. Mis colegas de Rumbo Centroamericano, con muy buenas intenciones, me consultaron si queria cambiar algo de los artículos. Mi respuesta fue negativa.

El Método Simonton como mis lectores estarán conscientes no es ni un seguro contra la muerte ni una garantía de vida eterna. Es más bien una filosofía de vivir. Sus técnicas son una ayuda para los pacientes de cáncer y sus familiares que sienten, generalmente, que han perdido el control de sus cuerpos y de su estado de ánimo.

El tratamiento de Carl Simonton le sirvió a mi madre para llevar con dignidad su enfermedad. Las meditaciones, la música, y la fe, contribuyeron a que durante muchas ocasiones, los dolores y las angustias desaparecieron.

El Método me cambió a mí la vida. En vez de utilizar el tiempo para castigarme con los miedos de que perdería irremediablemente al ser más querido, aprendí a meditar, a cantar, a jugar, a hacer ejercicios y a llorar con ella. Fue una ayuda, aún a pesar del cáncer, para disfrutar de la vida y de mi madre.

Cuando ella agonizaba, mi familia participó directamente en el proceso. Nos habíamos preparado para experimentar la muerte con dignidad, con fe, con amor y con una unión absoluta con nuestra progenitora. Mi madre murió tranquila, sin dolor y sin temor. Su música preferida se tocó en la habitación.

Muchos pacientes de los Simonton mueren y otros se recuperan.

En la primera parte se presentaron las estadísticas que indicaban que el tratamiento no impedía, en todos los casos, el avance del tumor. No obstante, un porcentaje de los pacientes sobrevive y sana. La diferencia depende de muchos factores.

Los pacientes con cáncer tienen muchos problemas para hacer las modificaciones de carácter y de actividades que los Simonton recomiendan. Algunos de ellos simplemente no pueden cambiar de la noche a la mañana. Otros no cuenten con todo el apoyo institucional y médico para hacerlo.

Este es el meollo del problema del cáncer en Costa Rica. Las instituciones públicas y privadas, el personal médico, paramédico y administrativo, y el público en general no tienen la preparación para mantener, en muchos casos, ka actitud psiquica óptima para líder con los enfermos de cáncer. Le han contentado con hacerse indiferentes o a negar la existencia y complejidad del mal.

Mi experiencia con los hospitales y las clínicas; los departamentos de oncología, los procesos burocráticos de la Caja Costarricense del Seguro Social y otros antes que de una u otra manera atiendan a los pacientes con cáncer y sus familia, fue muy agridulce.

Algunas veces encontré comprensión por parte de las personas que atendían los trámites para quienes como yo, pedíamos citas, examenes o indagaciones para un ser querido.

Otras veces me encontré con gente malhumorada, hostil, insensible y desagradable que nos hicieron las cosas imposibles y que con el uso de su poder, nos lastimaron e hirieron.

El paciente de cáncer y su familia tiene el derecho de que por el carácter de la enfermedad las personas y las instituciones que los atienden tenga el entrenamiento adecuado en lo psicológico para amable y comprensiva con ellos.

Esta actitud no debe depender de la suerte sino de una preparación masiva de este personal en todos los aspectos que los Simonton han enfatizado.

Estas críticas tienen como único objetivo ayudar a que todos tomemos conciencia de la forma en que estamos prestando o no lo hacemos, atención a la parte emocional de fenómeno del cáncer.

Mi madre quería que las cosas mejoraran para las personas que sufren de esta enfermedad y luchó por ello. La Fundación Nacional de Solidaridad contra el cáncer de mama (FUNDESO) fue su legado. Por parte, ésta es mi pequeña contribución a su labor en la lucha en contra del cáncer.

Jacobo Schifter.

Los 12 pasos de A.A.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2. Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.

3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios tal como nosotros lo concebimos.

4. Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter

7. Humildemente le pedimos a Dios que nos librase de nuestros defectos.

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que le habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal y como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para aceptarlo.

12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Información sobre alcoholicos anónimos de Costa Rica

Reimpreso con permiso

Comité Nacional de Literatura

Introducción

Brindamos esta información con el único fin de que el mensaje de alcohólicos anónimos llegue hasta el enfermo que aún sufre. Quizás usted crea necesitar ayuda o conozca alguien que esté padeciendo por el uso descontrolado de la bebida. Esta lectura puede resultar un medio de relacionarse con nosotros y así salvar una vida.

¿Es el alcoholismo realmente una enfermedad?

La Asociación Médica y la Organización Mundial de la Salud, cómo muchos otros grupos profesionales, consideran el alcoholismo como una enfermedad. Los jueces y legisladores también lo van reconociendo como enfermedad.

Algunas autoridades continúan mirándolo solamente como expresión de problemas emocionales subyacentes. Otros le ven como un síntoma que antecede una enfermedad, aunque requiere tratamiento por sí mismo.

El Comité Sobre Alcoholismo y Dependencia de las Drogas, de la Asociación Médica Norteamericana, define al alcoholismo como una enfermedad en la cual se presenta ansiedad por el alcohol y pérdida del control sobre su consumo, como un tipo de dependencia que puede causar daño a la salud de la persona o interferir en su habilidad para trabajar y para avenirse con los demás.

El alcohólico debe usualmente en grandes cantidades, y con frecuencia llega al estado de embriaguez. Sin embargo, la cantidad y la frecuencia no son más que síntomas. Si bien es cierto que algunos alcohólicos beben en menores proporciones que algunos bebedores sociales, este hecho no modifica su condición básica ni la hace menos grave. El factor clave está en la pérdida del control y la ansiedad por la droga, en este caso el alcohol.

Los defectos físicos y las dificultadesss para ajustarse a la vida pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad o ser un resultado de ella. La bebida solitaria, o el beber temprano por la mañana pueden ser signos de alcoholismo, pero no siempre se presenta.

En forma similar, el vivir en sitios de baja condición, la irresponsabilidad y otros tipos de conducta comunmente asociados con el alcoholismo, ni se limitan a este desorden ni forman necesariamente parte de él. En realidad, la clase de alcohólicos compuesta por miembros de alto estatus profesional y económicos constituye probablemente la más numerosa, y con toda seguridad una de las más ignoradas clases de alcoholismos en este país.

Posición de AA en el Campo del alcoholismo

Alcohólicos Anónimos es una Organización Mundialo de Alcohólicos en recuperación que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida. Los miembros de Alcoholicos Anónimos han aceptado todo o parte de un programa de 12 pasos sugeridos, designados especialmente para la recuperación del alcoholismo.

La Agrupación funciona a través de unos 70.000 grupos aproximadamente los cuales se encuentran diseminados en más de 125 países. Muchos cientos de miles de alcohólicos han obtenido su sobriedad en Alcohólicos Anónimos. No obstante, la mayoría de los miembros piensa que el programa de Alcohólicos Anónimos no siempre es efectivoo con todos los alcohólicos, ya que algunos parecen requerir ayuda profesional.

Alcohólicos Anónimoos está orientado exclusivamente hacia la recuperación personal y la sobriedad continuada de cada alcohólico que llegue a nuestra organización buscando ayuda. Nuestra Asociación no realiza ningún tipo de trabajo en el campo de la investigación, educación o propaganda con respecto al alcoholismo, ni ofrece tratamientos médicos o pisiquiátricos. Sin embargo, aquellos miembros de Alcohólicos Anónimos que así lo deseen podrán participar de tales actividades en calidad de individuos.

Tradicionalmente Alcohólicos Anónimos no acepta o busca ayuda financiera de otras organizaciones, y los miembros de Alcohólicos Anónimos preservan su anónimato personal en cuanto a la prensa y otros medios de comunicación con el público en general.

¿Qué es el alcoholismo?

Hay diversas y muy distintas interpretaciones del alcoholismo. La explicación que les parece progresiva. No deseaban participar en esa clase de progresos.

Entre los Alcohólicos Anónimos se dice que no hay tal cosa como ser un poquito alcohólico a medias, y solo el individuo mismo puede decir si para él el alcohol se ha convertido en un problema incontrolable.

Plan de las 24 horas

A quien llega por primera vez a las reuniones de Alcohólicos Anónimos, sencillamente le pasamos nuestra feliz experiencia de ese Plan que enmarca lo siguiente: dos días que no deben causarnos ni tormentos ni miedo; uno es AYER, con sus errores e inquietudes, con sus flaquezas y desvíos y con sus penas y tribulaciones. AYER, es un cheque cancelado, AYER se marchó para siempre. Para no volver. AYER esta siquiera todo el otro del mundo puede devolvernos el AYER, no podemos deshacer una sola de las cosas que AYER hicimos AYER se marchó para siempre. No volverá

El otro día que no debe preocuparnos es MAÑANA

"Por la calle del mañana se llega a la casa del nunca", dijo Cervantes.

MAÑANA con sus posibles adversidades, dificultades y vicisitudes, con las halagadoras promesas de bienestar o sus lúgubres augurios. MAÑANA está fuera de nuestro alcfance inmediato; no sabemos si MAÑANA estaremos vivos. MAÑANA saldrá el sol paraaa resplandecer en un cielo nítido o para esconderse tras densas nubes, pero saldrá. Hasta que salga y si es que por la gracia de Dios estamos vivos, no podemos hoy disponer del día de MAÑANA, porque MAÑANA todavía está por nacer. Solo nos resta un día: HOY. Cualquier persona puede soportar las refriegas de un solo día y mantenerse sobria. Cuando sumamos las cargas de esas dos eternidades AYER Y MAÑANA, es cuando caemos en la brega y sucumbimos a la primera copa. No son las cosas las que nos vuelven locos, lo que nos enloquece y nos lanza a la bebida, es el remordimiento o la amargura por lo que nos aconteció AYER, o el miedo de lo que nos sucederá MAÑANA.

De manera que vamos a conformarnos con vivir un solo día: HOY y HOY, nos mantendremos abstemios dando gracias a DIOS y al grupo de ALCOHOLICOS ANONIMOS por habernos señalado el camino de la recuperación, de una feliz sobriedad y la senda de la vida, llena de serenidad y felicidad.

RECUERDA: un trago puede ser mil... y mil son pocos. No han ningún problema por pequeño que sea, que el licor no lo agrava.

Solo por hoy

1. Solo por hoy, seré feliz. Esto supone que es verdad lo que dijo Abraham Lincoln que "la mayoría de las personas son tan felices como dicen serlo". La felicidad es algo interior; no es asunto de fuera.

2. Solo por hoy trataré ajustarme a lo que es y no trataré de ajustar todas las cosas a mis propios deseos. Aceptaré mi familia, mis negocios y mi suerte como son y procuraré encajar en todo ello.

3. Solo por hoy cuidaré de mi organismo. Lo ejercitaré, lo atenderé, lo alimentaré, no abusaré de él ni lo abandonaré, en forma que será una perfecta máquina para mis cosas.

4. Solo por hoy trataré de vigorizar mi espíritu. Aprenderé algo útil. No seré un haragan esfuerzo, meditación y concentración.

5. Solo por hoy ejercitaré mi alma de tres modos. Haré algún bien a alguien sin que él lo descubra. Y haré dos cosas que no me agrade hacer, solo como dice William James, por ejercitarme.

6. Solo por hoy seré agradable, tendré el mejor aspecto que pueda, me vestiré con la mayor correción a mi alcance, hablaré en voz baja, me mostraré cortés, seré generoso conla alabanza, no criticaré a nadie, no ***encontraré defectos en nada y no intentaré dirigir o enmendar la plana del prójimo.***

7. Solo por hoy trataré de vivir únicamente este día, sin abordar a la vez todo el problema de la vida. Puedo hacer en doce horas cosas que me espantarían si tuviera que mantenerlas durante una vida entera.

8. Solo por hoy, tendré un programa. Consignaré por escrito lo que espero hacer cada hora, puede que no siga exactamente el programa pero lo tendré. Eliminaré dos plagas, la prisa y la indecisión.

9. Solo por hoy, tendré media hora tranquila de soledad y descanso. Es esta media hora pensaré a veces en Dios a fin de conseguir una mejor perspectiva para mi vida.

10. Solo por hoy, no tendré miedo y especialmente no tendré miedo de ser feliz, de disfrutar de lo bello de amar y de creer que los que amo me aman.

LAS DOCE TRADICIONES

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia: el restablecimiento personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.

2. Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que fieles servidores: no gobiernan.

3. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos

Anónimos es el querer dejar de beber.

4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos de Alcohólico Anónimos considerados como un todo.

5. Cada grupo tiene un solo objetivo: llevarle el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo

6. Un Grupo de Alcohólicos Anónimos nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de Alcohólicos Anónimos a ninguna entidad allegada o ajena para evitar que problemas de dinero, de propiedad y prestigio nos desvíe de nuestro objetivo primordial.

7. Todo grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse a sí mismo negándose a recibir contribuciones de afuera.

8. Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio puede emplear trabajadores especiales.

9. Alcohólicos Anónimos como tal, nunca debe ser organizada pero podemos crear juntas de servicio o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

10. Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades: por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción: debemos mantener siempre nuestro anónimato personal ante la prensa la radio, la televisión y el cine.

12. El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones, recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personas.